

Travail du service du Dr Jacquet à l'hôpital Saint-Antoine

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

371

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue jeudi 12 juillet 1906, à 1 heure

Par **Elie LEBAR**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

HYPERESTHÉSIES SYSTÉMATISÉES

ET

TROUBLES CONNEXES

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { MM. DIEULAFOY, professeur.
TROISIER et RÉNON, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Operations et appareils		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.		SEGOND
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARD.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		LE DENTU.
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.	}	BERGER.
		RECLUS.
		DE LAPPERSONNE
Clinique ophtalmologique.		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.		BUDIN.
Clinique d'accouchements	}	PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA FEMME

A MON PREMIER MAITRE

M. LE PROFESSEUR BRUCH

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le docteur LABADIE-LAGRAVE (externat).

M. le professeur agrégé CAMPENON (externat).

M. le docteur SIREDEY (internat provisoire 1901-1902).

*A qui nous avons voué une affection profonde pour le
dévouement dont il a fait preuve pour nous et
pour les nôtres.*

M. le docteur JACQUET (internat 1903-1904).

M. le docteur GALLIARD (internat 1904-1905).

M. le professeur agrégé TROISIER (internat 1905-1906).

*Que nous remercions bien vivement de toutes ses mar-
ques de sympathie.*

MM. OULMONT, LANDRIEUX, BOULLOCHE, LEGRY
[CLAUDE, BEURNIER,
MAUCLAIRE, FOURNIER, HUDELO, BRUHL

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

MM. GOMBAULT, BEZANÇON, GRIFFON, DOMINICI

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES

M. le professeur agrégé RENDU (externat).

M. le docteur DREYFUS-BRISAC (internat 1902-1903).

M. le docteur SOUPAULT, M. le professeur GROS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen de la Faculté de médecine.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0151

INTRODUCTION

La sensibilité est une des fonctions dont le trouble a le plus occupé les pathologistes, en dépit des difficultés inhérentes à son étude.

Cette place dans la nosographie est justifiée par l'importance même de cette fonction, commune à presque tous les êtres vivants ; et, par conséquent, d'intérêt biologique très général.

Or, il est impossible de n'être pas frappé de la prédominance des études consacrées à l'amoindrissement de la sensibilité, à l'*anesthésie* de tous degrés et de tous modes, sur celles qui traitent de son exaltation, de l'*hyperesthésie*.

C'est là une tendance dont souvent, nous avons entendu s'étonner notre maître, M. Lucien Jacquet, et qui n'est, suivant lui, ni justifiée ni rationnelle.

En effet, l'observation révèle la fréquence de l'exaltation sensitive en tous tissus, tantôt sous le mode *généralisé*, tantôt sous le mode *régional*.

En outre, l'exaltation sensitive s'accompagne souvent de l'exaltation d'autres propriétés de tissus, et cet ensem-

ble fonctionnel est, pour ainsi dire, discipliné, *systématisé*, à un grand segment organique.

De plus « cette exaltation segmentaire de la vie organique » est provoquée par une cause irritative, souvent saisissable, que parfois l'observateur a le pouvoir d'atténuer ou même de supprimer, atténuant ou supprimant aussi ses conséquences fonctionnelles ; et faisant ainsi, proprement, de « l'expérimentation clinique », à la fois instructive et bienfaisante.

Enfin, comme on voit souvent l'amoindrissement de la fonction, succéder à son excès, il est permis de penser que l'étude de l'*hyperesthésie*, est une bonne introduction à celle de l'*anesthésie* ; ou, pour mieux dire, qu'on ne saurait sainement interpréter celle-ci, sans étudier celle-là.

Ces idées, soulignées, illustrées par des faits nombreux, observés avec une exactitude et une patience exemplaires, nous ont intéressé au plus haut point, et nous avons résolu d'en faire l'objet de notre thèse. Grâce à la direction bienveillante de notre maître, à son enseignement, à son remarquable article « Troubles de la Sensibilité » de la *Pratique Dermatologique*, dont nous ne saurions trop vanter la richesse de faits et d'idées, nous avons pu mener ce travail à bien. Nous n'oublierons pas sa sollicitude, sa précieuse collaboration, et le prions d'accepter l'expression de notre reconnaissance très sincère.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les hyperesthésies *systématisées superficielles et profondes*, ont été étudiées pour la première fois, croyons-nous, chez des hystériques.

Briquet (1), dans son *Traité de l'hystérie*, envisage les dispositions diverses de ces troubles de la sensibilité, et indique le mode *unilatéral*. Gilles de la Tourette (2), Pitres (3), certains traités classiques en font mention et insistent sur leur rareté, comparée à la fréquence des héli-anesthésies : nous verrons plus tard quelle est la signification de ces faits et leurs rapports avec notre sujet.

Leven (4) est le premier qui, à notre connaissance, ait étudié les troubles systématisés de la sensibilité *en excès*, en dehors de l'hystérie. Dans un certain nombre

1. BRIQUET. *Traité de l'hystérie*, page 273.

2. GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, page 228.

3. PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, page 182, tome I.

4. LEVEN. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1880. p. 338, et *Estomac et cerveau*, chez Masson, 1884.

de communications à la Société de Biologie, dans son ouvrage *Estomac et cerveau*, il a mis en relief cette notion nouvelle, qu'au cours de diverses maladies de l'estomac, on observe des troubles sensitifs nombreux, et dans certains cas, des hyperesthésies de la peau, des muscles, des articulations systématisées au côté *gauche*. Son élève, Rueff (1), en a fait l'objet de sa thèse inaugurale.

Voici quelles sont les conclusions de Leven :

« Le fait saillant dans les troubles de la sensibilité
« est l'hyperesthésie ; elle ne manque que dix fois sur
« quatre-vingts.

« L'hyperesthésie, dans les deux tiers des cas, paraît
« du côté *gauche*, affectant la peau, les muscles, la paroi
« thoracique, le bras, l'articulation de l'épaule, le dos
« à partir des deux dernières vertèbres dorsales, quel-
« quefois remontant jusqu'à l'occiput.

« Les apophyses épineuses des vertèbres sont sensibles
« à la pression, de même les espaces intervertébraux, la
« peau, les muscles du dos, les masses sacro-lombaires,
« la région des reins à *gauche*, sous forme de lumbago.

« Dans les cas intenses, l'hyperesthésie atteint la
« peau et les muscles du cou et il s'y développe une
« espèce de torticolis à *gauche*.

« Chez un grand nombre d'individus, l'hyperesthésie
« affecte toute une *moitié* du corps. Elle commence par
« le membre supérieur et s'étend à l'inférieur. C'est le
« plus souvent le côté *gauche* qui est atteint. Le côté
« *droit* dans toutes les parties symétriques, l'est bien
« plus rarement. Quelquefois, les deux côtés sont frap-

1. RUEFF. Thèse de Paris, 1881.

« pès en même temps, le *gauche* davantage, surtout
« quand la dyspepsie est violente.

« Ces troubles sensitifs naissent avec la dyspepsie,
« croissent avec elle, et disparaissent à mesure qu'elle
« guérit.

Pour me rendre compte, dit Leven, de l'état de l'es-
« tomac, il m'arrive souvent de commencer par pres-
« ser la peau, les muscles du bras, et si je constate
« que la sensibilité a diminué, je sais, sans avoir inter-
« rogé le malade, que son affection gastrique a perdu
« de son intensité. La sensibilité est en quelque sorte
« proportionnée à la gravité du mal.

« L'hyperesthésie n'éveille pas, en général, de dou-
« leurs vives ; il faut la chercher, et elle se reconnaît
« surtout à la pression de la peau et des muscles.

« Elle devient quelquefois intolérable. Il y a impos-
« sibilité pour le malade de supporter des draps ou
« des vêtements ; elle se complique alors de crises
« douloureuses.

« L'hyperesthésie s'accompagne souvent d'autres
« troubles de sensibilité, fourmillements, démangeai-
« sons, sensation de froid, de chaud, de brûlures, d'éti-
« celles électriques.

« Jusqu'à présent, dit Leven, ce symptôme a été mal
« interprété ; l'hyperesthésie du côté *gauche* a été faus-
« sement rapportée à l'hystérie, et chaque fois qu'on la
« constate, la première pensée est de la rattacher à la
« grande névrose. »

Tous ces phénomènes sont en rapport, d'après
Leven, avec une irritation réflexe des centres ner-
veux dont le point de départ est l'excitation des filets
du plexus solaire.

Les faits étudiés par Leven nous paraissent bien observés, et ses conclusions très exactes. Une assertion cependant nous semble critiquable. « Jamais, dit-il, l'hyperesthésie qui est d'origine gastrique ne se complique d'anesthésie, et toutes les fois qu'on observe, en même temps, l'hyperesthésie d'un côté, et l'anesthésie de l'autre, on peut être assuré par avance qu'il s'agit d'un hystérique. » Nous avons observé des cas semblables au cours d'états morbides divers, *sans nous croire en droit de parler d'hystérie*. Nous interprétons autrement, on le verra, cette association sensitive.

Treize années plus tard, Weill (1) (de Lyon) étudiait chez les tuberculeux, les hyperesthésies profondes, osseuses et musculaires, et établissait que ces troubles sensitifs affectaient dans certains cas, une moitié du corps : *hémi-hyperesthésie* profonde portant sur les muscles, les os, les articulations. Weill, nota aussi leurs relations avec les troubles sensitifs superficiels et sensoriels, admit leur nature hystérique, et les attribua à l'excitation des filets nerveux pulmonaires.

Voici, résumées, les recherches et les conclusions de Weill : « La tuberculose pulmonaire, s'accompagne environ quatre fois sur dix, d'un syndrome nerveux particulier, caractérisé par l'hémi-hyperesthésie profonde, musculaire, articulaire, osseuse. Cette hyperesthésie, indépendante des douleurs spontanées, peut se diffuser à tout le corps, mais reste toujours prédominante d'un côté.

L'hémi-hyperesthésie profonde, s'associe à des trou-

1. WEILL. *Des troubles nerveux chez les tuberculeux*, 1893. *Revue de médecine*,

bles de la sensibilité cutanée, anesthésie ou hyperesthésie, siégeant *du même côté ou du côté opposé*.

Elle s'accompagne aussi très souvent, d'un rétrécissement concentrique du champ visuel, unilatéral ou bilatéral, et rarement d'un affaiblissement musculaire du côté des troubles de la sensibilité.

L'hyperesthésie musculaire est le symptôme le plus constant, celui qui précède les autres, qui est le dernier à disparaître.

Ces troubles nerveux se développent, pour acquérir leur intensité maxima, dans un espace de temps qui varie de quelques jours à deux mois. Ce sont des phénomènes essentiellement passagers, leur disparition s'opère lentement, progressivement en quelques semaines ; on les voit parfois, s'évanouir rapidement.

Dans le plus grand nombre des cas, la marche de ces troubles nerveux est parallèle à celle des lésions pulmonaires. Il y a surtout une relation assez étroite entre le syndrome nerveux que nous considérons, et cette forme de tuberculose pulmonaire qui s'accompagne d'éréthisme, toux quinteuse, accès d'oppression, vomissements, palpitations.

Les troubles nerveux des tuberculeux, par l'ensemble de leurs caractères se rapprochent des stigmates de l'hystérie. Il n'y a cependant, chez aucun des sujets observés, ni hérédité, ni manifestation convulsive. Il s'agit d'un état hystériforme très particulier comme expression symptomatique, et incapable de subir aucune modification évolutive.

Ces phénomènes nerveux ne dépendent ni d'une action du bacille tuberculeux sur les centres nerveux, ni d'une intoxication d'origine microbienne. Ils relèvent

vraisemblablement d'une irritation centripète dont le point de départ serait dans les extrémités terminales sensibles des bronches et des poumons. »

Ces observations, ont été, à la suite de Leven et Weill, confirmées et étendues par notre maître, M. Lucien Jacquet (1), dans plusieurs travaux communiqués à la Société médicale des hôpitaux. Il proposa de nommer « syndrome de Weill », ces troubles systématisés de la sensibilité. Cette dénomination ne nous semble pas devoir être conservée, puisque Leven, avant Weill, avait explicitement décrit ces hyperesthésies, en dehors même de l'hystérie, où Briquet les avait déjà entrevues. M. Jacquet crut aussi au début, à la nature hystérique de ces faits. A la suite d'observations nombreuses, il abandonna cette manière de voir, et nia le rôle de la grande névrose. Nous exposerons, par la suite, l'étiologie et la pathogénie qu'il invoque aujourd'hui.

M. Jeanselme (2) fit part à la société des hôpitaux de

1. L. JACQUET. *Hémi-hyperesthésie névro-musculaire avec hémi-parésie et hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle du même côté gauche*. Bull. soc. méd. des hôpitaux, 1897, p. 70.

L. JACQUET. *Hémi-hyperesthésie névro-musculaire chez un arthroblenorrhagique*. Société méd. des hôp., 1898, p. 590.

L. JACQUET. *Hémi-hyperesthésie névro-musculaire avec transfert*. Société méd. des hôp., 1899, p. 452.

L. JACQUET et LACASSE. *Hyperesthésie cutanée, sensorielle et névro-musculaire du côté gauche, chez un convalescent de fièvre typhoïde*. Société méd. des hôp., 1900, p. 519.

L. JACQUET. *Contribution à l'étude pathogénique de l'herpès vulgaire*. In *Festschrift de Kaposi*. Vienne, 1900.

L. JACQUET. *Article Troubles de la sensibilité*. In *Pratique Dermatologique*, tome IV, p. 330.

2. JEANSELME. *Bulletin de la société des hôpitaux*, 1898, page 594.

constatations analogues. Lors d'une communication de M. Jacquet, il dit avoir observé plusieurs cas d'hémi-hyperesthésie d'origine hystérique.

Dans un de ces cas, il s'agissait d'une femme atteinte de pleurésie *droite* avec épanchement qui présentait des troubles de la sensibilité et de la motilité systématisée du même côté.

« J'incline à penser, disait M. Jeanselme, à propos d'un autre cas d'hémi-hyperesthésie *droite*, que cette localisation est subordonnée à des lésions pulmonaires très graves (caverne tuberculeuse très grande), presque exclusivement cantonnées à *droite*, le sommet *gauche* ne présente que des lésions du premier degré. »

Et M. Jeanselme conclut à la nature hystérique de ces troubles nerveux, tout en faisant quelques réserves : « Mais je me garderai bien d'affirmer que cette névrose est l'unique cause du syndrome curieux que je viens d'étudier. »

M. Jannot (1), dans une thèse inspirée par M. Jacquet, étudie un certain nombre de cas d'hyperesthésies systématisées chez les tuberculeux.

Telle est l'histoire de ces troubles nerveux.

Il revient à M. Jacquet, le mérite incontestable d'avoir étendu le champ des résultats acquis par Leven et Weill, d'avoir décrit et rattaché aux troubles de la sensibilité, toute une série de phénomènes *moteurs, vaso-moteurs, thermiques, pupillaires et trophiques*, systématisés, eux aussi, au côté hyperesthésique. Il étudia les relations de ces faits entre eux, précisa leur cause,

1. JANNOT. *De l'hémi-hyperesthésie chez les tuberculeux*. Thèse de Paris, 1899.

montra leur parfaite concordance avec certaines expériences « *mémorables et pourtant oubliées* » (1) de Brown Séquard. Enfin, il découvrit au cours de ses recherches, le phénomène si curieux et si frappant du *transfert* des hyperesthésies, fait à rapprocher du même phénomène observé chez les hystériques anesthésiques, et tenta une interprétation logique et rationnelle de tous ces faits.

J'ai été témoin d'une partie de ses recherches si consciencieuses et persévérantes; j'y ai participé, et au total, on le verra, j'adopte sa doctrine, car elle me paraît expliquer de façon vraiment scientifique, cet ensemble phénoménal, si curieux, si important et si varié.

1. L. JACQUET. *Contribut. à l'étude pathog. de l'herpès vulgaire*, in *Festschrift de Kaposi*. Vienne, 1900.

CHAPITRE II

Technique.

J'indiquerai brièvement dans ce chapitre notre technique et notre manière d'observer.

L'étude clinique de la sensibilité est une des plus malaisées qui soit. Tout d'abord, une très grande circonspection est nécessaire dans l'interrogatoire : il est des malades à qui l'on fera toujours dire *ce que l'on voudra*. Imbu d'une idée préconçue, le clinicien peut, s'il n'y prend garde, laisser soupçonner au sujet, le sens de la réponse désirée ou attendue. Nous n'avons, en effet, aucun moyen de contrôler le dire d'un malade examiné, il peut, de très bonne foi, interpréter ses sensations d'une manière inexacte, et comme l'observateur n'est pas, non plus, à l'abri de l'erreur, le phénomène qu'on étudie risque fort, après son passage successif par deux cerveaux, d'être exagéré, atténué ou déformé (1). Les questions seront donc posées sous la forme interrogative, dubitative, sans aucune *affirmation* ; il faut revenir à la même sous des formes variées, ne retenir que les différences frappantes, nettes et persistantes, éliminer les réponses vagues et imprécises, faire des recherches *comparatives* des deux côtés, *ce qui de-*

1. JEANSELME. *Cours de dermatologie exotique*, p. 51.

meure invariable étant seul retenu ; tels sont les principes dont nous nous sommes constamment inspiré dans nos recherches.

Examen de la sensibilité superficielle. — Nous nous sommes servi d'un pinceau d'aquarelliste, et à défaut de cet instrument, d'un morceau de papier roulé, de la pulpe du doigt, doucement proménée sur les téguments, pour la recherche de la sensation de contact. Pour la sensibilité thermique, nous avons appliqué sur la peau du malade des éprouvettes remplies d'eau à des températures variables. La sensibilité à la douleur a été étudiée à l'aide d'une épingle fine et bien acérée, avec laquelle on pique la peau, faiblement d'abord, puis plus fortement jusqu'à traverser un pli cutané.

Examen de la sensibilité profonde. — Nous recherchons la sensibilité des *troncs nerveux* de la manière suivante : par la pression douce et graduelle d'un nerf contre un plan dur, sous-jacent, osseux ou aponévrotique. C'est ainsi que nous explorons le radial dans la gouttière de torsion humérale, le crural sur le plan musculo-aponévrotique du pli de l'aîne, le cubital dans sa gouttière épitrochléenne, etc. Le phrénique et le pneumogastrique sont explorés par la pression entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Dans d'autres cas, nous recherchons la sensibilité d'un tronc nerveux, en le faisant vibrer plus ou moins fortement sous le doigt, comme la corde d'un violon, dans les *pizzicati* (Jacquet). Cette manœuvre est particulièrement utilisable pour le plexus brachial dans l'aisselle, pour le médian le long du bord interne du bras, pour le crural au pli de l'aîne, etc. La sensibilité des troncs nerveux est facilement mise en jeu par ces pro-

cédés et son exaltation aisément reconnue, *si l'on a le soin indispensable d'agir par comparaison avec les nerfs du côté opposé.*

Pour la recherche de la sensibilité *générale musculaire*, M^r Jacquet nous a enseigné le procédé suivant : prenant le bord libre d'un muscle entre deux doigts, le trapèze par exemple, nous le soulevons légèrement ; en même temps nous le pinçons avec une certaine brusquerie. A l'état normal cette exploration réveille une sensation particulière, toujours désagréable, même par un pincement modéré, bien différente de la sensation due à la pression de la peau, et aisément distinguée par le malade. Or, dans les cas d'hyperesthésie profonde, on provoque ainsi, non pas une sensation désagréable, *mais une vive douleur*, et il est aisé, par comparaison avec le côté opposé, d'apprécier, si cette hyperesthésie est ou non, *unilatérale*.

Voilà, d'autre part, une petite manœuvre de M. Jacquet qui met admirablement en relief et l'étonnante systématisation de l'hyperesthésie musculaire en certains cas, en même temps qu'elle peut servir à déjouer toute suggestion ou simulation de la part du malade : chez un sujet atteint d'hémi-hyperesthésie profonde, on pince la peau du cou, en prenant bien garde à *l'isoler du peaucier*, et l'on note la sensation. Puis, même manœuvre en *prenant aussi le peaucier*, et l'on voit alors sursauter le malade. La même recherche du côté sain donne un résultat tout différent.

Nous avons répété souvent avec un plein succès cette expérience, que M. Jacquet appelle familièrement « LE PIÈGE DU PEAUCIER ». Elle est très facile à exécuter avec un peu d'habitude et bien faite pour dépister toute

simulation, car il est impossible au sujet de se douter qu'on interroge ainsi la sensibilité d'un muscle.

Pour explorer la *sensibilité des os*, nous avons d'abord usé des moyens simples : la pression sur les os superficiels, la percussion à l'aide d'un marteau à réflexes. Ces moyens n'avaient pas grande précision, aussi à moins de différences très nettes, nous ne tenions aucun compte des résultats obtenus. C'est qu'en effet, par la percussion ou la pression, il était difficile de démêler, dans les sensations perçues, ce qui revenait en propre à l'excitation de la peau et de l'os. Nos conclusions pouvaient donc être entachées d'erreur.

Egger (1), dans diverses publications, a préconisé une méthode nouvelle qui nous a permis, dans certains cas, d'étudier les variations de la sensibilité osseuse avec plus de précision. Il montra que les vibrations du diapason constituent un excitant spécifique des extrémités terminales sensitives de l'os. Un diapason vibrant sur une table, communique à celle-ci des vibrations, qu'il est aisé de saisir avec l'extrémité de l'olécrâne ; la perception est nulle, si l'on fait, au contraire, cette exploration avec le gras du bras ou de toute autre région musculaire. Et cette sensation vibratoire, perçue seulement par l'os reste rigoureusement localisée.

Nous nous sommes servis du diapason de la manière suivante : un diapason massif pesant 500 grammes, a cent vingt-huit vibrations par seconde, se termine par un pied arrondi assez étroit pour permettre, en dépri-

1. EGGER. *L'état de la sensibilité osseuse dans diverses affections du système nerveux*. Société de Biologie, mars 1899, et *Revue de Neurologie*, 1902, p. 452.

mant la peau, d'arriver à la surface osseuse à explorer. Pour obtenir des résultats comparables, il est bon de ne l'appliquer sur l'os que lorsque l'oreille ne perçoit plus aucun son à la distance du bras tendu. On examine alors rapidement et successivement les deux côtés symétriques en demandant au malade d'abord, s'il sent, si les sensations sont les mêmes des deux côtés, ou s'il sent davantage d'un côté.

Nous avons appliqué le procédé suivant pour la recherche de la *sensibilité articulaire*.

Pour la mettre en évidence, il suffit d'appuyer sur l'interligne articulaire, d'imprimer des mouvements d'extension ou de flexion, ou mieux, de tordre légèrement les extrémités articulaires. Ces diverses manœuvres provoquent des sensations très vagues à l'état sain, elles sont plus ou moins douloureuses du côté hyperesthésié.

Enfin, pour apprécier la sensibilité des muscles au passage du courant électrique, nous nous sommes servis du petit appareil à chariot, qui fait partie de l'arsenal habituel des services d'hôpital. Nous mettons l'appareil en marche en faisant varier l'intensité du courant par la manœuvre du chariot. Lorsque la sensation devient douloureuse d'un côté, nous portons rapidement les électrodes du côté opposé et explorons le même muscle. La sensation perçue est bien aisément distinguée par le malade.

Telle a été notre manière d'observer : abordons maintenant l'étude clinique de nos faits.

CHAPITRE III

Étude clinique.

L'étude que nous allons entreprendre est fondée sur 75 observations ; sur ce nombre, 35 appartiennent à M. Jacquet qui nous a libéralement permis de les utiliser ; 40 nous sont personnelles et ont été recueillies dans les services de nos maîtres Jacquet, Du Castel, Galliard, Troisier.

Nous étudierons successivement :

- A. — LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ PROFONDE.
- B. — LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SUPERFICIELLE.
- C. — LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SPÉCIALE.
- D. — LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DES ORGANES.
- E. — LES TROUBLES DE LA MOTILITÉ.
- F. — LES TROUBLES DES RÉFLEXES.
- G. — LES PHÉNOMÈNES VASO-MOTEURS ET THERMIQUES.
- H. — LES TROUBLES TROPHIQUES CUTANÉS.
- I. — LES PHÉNOMÈNES PUPILLAIRES (1).

Tous ces symptômes étant systématisés selon la *même topographie* que l'exaltation sensitive elle-même.

Et nous tenons à souligner d'ores et déjà, à quel point cette *systématisation* même est un fait CAPITAL, excluant rigoureusement toute influence d'hétéro ou d'auto-suggestion, et toute simulation quelconque.

1. Sur les 35 observations obligeamment mises à notre disposition par M. Jacquet, 8 ont été publiées, les autres sont inédites.

Les maladies au cours desquelles nous avons observé ces faits se répartissent de la manière sui-vante :

Tuberculose pulmonaire chronique . . .	17 cas
Angines néo-dentaires (éruption de la dent de sagesse, associée souvent à d'autres lésions irritatives)	12 —
Salpingites aiguës, ou subaiguës	6 —
Pleurésies avec épanchement séreux . .	5 —
Pneumonies.	5 —
Fièvre typhoïde.	4 —
Orchites blennorrhagiques unilatérales .	3 —
Troubles gastriques (ulcère, dyspepsie) .	3 —
Rhumatisme articulaire	3 —
Zona	3 —
Hystérie	2 —
Colique hépatique.	1 —
Neurasthénie.	1 —
Pemphigus	1 —
Appendicite aiguë.	1 —
Prurigo	1 —
Diabète sucré	1 —
Diabète insipide.	1 —
Hémiplégie organique par hémorragie cérébrale	1 —
Lymphangite de la main.	1 —
Prurit unilatéral	1 —
Tabes	1 —
Otite purulente (1).	1 —

1. Nos cas de fièvre typhoïde nous ont montré de l'hyperesthésie généralisée, mais avec prédominance d'un côté. C'est pour cela que nous les faisons entrer dans cette étude.

A. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ PROFONDE.

L'hyperesthésie des troncs nerveux, est, avec celle des muscles, un phénomène commun à tous nos faits, c'est ce qui explique le nom d'*hyperesthésie névromusculaire* donné par M. Jacquet à la plupart de ses observations.

1° L'exaltation de la sensibilité *des troncs nerveux* affecte suivant les cas des dispositions variables. Elle tend vers le type *unilatéral*, et dans ce cas, il peut n'y avoir pas UN SEUL tronc nerveux d'un côté, dont la pression ou la vibration sous le doigt, ne soit plus ou moins vivement douloureuse: *ceux du côté opposé, à égalité de pression, restant à peu près indifférents.*

Elle peut être *partielle* et n'atteindre que les troncs nerveux voisins de l'irritation causale. Nous notons ce fait dans les observations, où cette dernière siège dans le segment supérieur du corps (ulcération buccale, éruption de la dent de sagesse). Les branches terminales du trijumeau explorées à leur sortie des os de la face, sont hypersensibles.

Le point *sous-occipital*, est très vif chez ces malades; il semble correspondre au-dessous de l'occipital, au point où le tronc du nerf d'Arnold croise l'angle formé par le grand droit et le grand oblique de la nuque.

Dans les lésions du segment inférieur du corps, ce sont les nerfs du membre inférieur qui sont le plus douloureux: c'est ce que nous avons constaté dans les cas suivants: arthrite tuberculeuse de la hanche, poussée aiguë de salpingite, orchite, etc.

Dans certaines observations, l'hyperesthésie nerveuse en son ensemble est systématisée à *un* côté, et les nerfs du trijumeau sont douloureux des *deux* côtés, observations 32 et 27.

L'hyperesthésie des troncs nerveux est *unilatérale* dans 38 cas; partielle dans 22; *généralisée* dans les 4 derniers, mais avec une prédominance marquée, nette, pour un côté.

L'intensité de cette exaltation sensitive est extrêmement variable. Nous avons noté tous les degrés possibles, depuis la légère sensibilité jusqu'à la douleur intolérable.

D'une manière générale, elle est parallèle à celle des muscles avec qui elle coexiste et *qu'elle précède toujours*. Signalons cependant deux cas (obs. 20 et 45) où elle était relativement peu vive, alors que l'hyperesthésie musculaire était fort intense.

2° La sensibilité musculaire est en général étudiée au point de vue spécial de la perception des mouvements et du sens des attitudes. Il est classique de dire, en effet, que la sensibilité du muscle nous renseigne sur la force et l'énergie déployées dans l'acte du mouvement. Avec la sensibilité articulaire, elle nous révélerait l'étendue, le parcours du mouvement actif. Ces fonctions sont troublées dans un certain nombre d'affections connues du système nerveux: tabès, hémiplegie organique, lésions transverses de la moelle, etc.

Ce n'est pas de cette sensibilité spéciale qu'il s'agit ici, mais seulement de la sensibilité générale des muscles.

L'hyperesthésie musculaire, comme l'hyperesthésie nerveuse, sont généralement ignorées du malade, il

n'en a aucune conscience; l'exploration méthodique seule les met en évidence. Elle s'accompagne parfois d'une douleur de fonctionnement ou même de douleurs spontanées au repos. Et M. Jacquet se demande, si l'affection décrite par Mœbius(1) sous le nom de d'*Akinésia algera*, et caractérisée essentiellement par une impossibilité de remuer sans de très vives douleurs, n'est pas la forme ultime, le paroxysme de ces hyperesthésies généralisées qu'il a étudiées dans quelques observations.

L'intensité de la réaction provoquée par l'exploration des muscles est des plus variables. C'est tantôt une sensation légère, mais pénible, devenant peu à peu gênante, voire douloureuse, quand nous insistons par des pressions répétées; à ce degré, le malade manifeste sa sensation par une grimace.

Dans d'autres cas, c'est *d'emblée* une douleur très violente, tellement vive, qu'elle arraché un cri au malade; il y a un brusque mouvement de retrait pour se soustraire à cette souffrance. Tel était le cas dans l'observation 66: chez cette malade, la pression de certains muscles était *extraordinairement* douloureuse. L'observation 37, qui a trait à un cas de pleurésie avec épanchement séreux du côté *gauche*, nous montre une exaltation sensitive très vive à *gauche*. Nous lisons: « crispation du visage, recul du corps. Dans l'obs. 40 (Éruption de la dent de sagesse *gauche* et angine): » « le pincement des muscles sterno-cléido-mastoïdien et

1. Voir la revue générale d'INGELRANS in *Gazette des hôpitaux*, n° 66, 1905.

trapèze, est très *fortement* douloureux. » « Dans l'observation 39, (angine phlegmoneuse *droite*) : » les muscles sterno-cléido-mastoïdien, trapèze et grand pectoral *droits* sont hypersensibles, *la pression provoque l'angoisse du visage*.

Faisons remarquer, que même dans ces cas d'hyperesthésie musculaire *excessive*, il peut arriver que le malade ne souffre pas à l'occasion des mouvements.

Suivant les cas, nous croyons bon d'y insister, l'exaltation de la sensibilité musculaire affecte des sièges variables :

Elle peut être *unilatérale*, étendue à tous les muscles d'un côté ; il en est ainsi dans la plupart de nos observations.

Elle peut être *partielle*, seuls quelques muscles d'un côté sont hyperesthésiés.

Elle peut être *généralisée*, tous les muscles sont douloureux à la pression.

a). — Quand l'hyperesthésie est *unilatérale*, quelques muscles sont ordinairement plus douloureux que les autres, en particulier ceux qui avoisinent le siège de l'irritation causale, ou bien, quelques muscles, quoique éloignés de cette dernière, sont particulièrement douloureux, sans que nous puissions en dire la raison : le trapèze, le biceps brachial, les jumeaux, le premier interosseux palmaire, les muscles de la racine des membres nous ont paru souvent plus douloureux que ceux des extrémités.

b) L'hyperesthésie est *partielle* et elle se groupe alors au voisinage de la lésion ou de l'irritation qui en est le point de départ. Plus on s'en éloigne, moins les muscles sont sensibles.

Dans l'observation 28 (stomatite herpétique, à nette

prédominance *gauche*, liée à l'évolution de la dent de sagesse inférieure *gauche*), seuls les muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze sont hypersensibles. Dans un cas d'angine phlegmoneuse *droite*, l'hyperesthésie, quoique partielle, s'étend à un plus grand nombre de muscles : elle porte sur ceux de la ceinture thoracique, du cou et du membre supérieur à *droite* (Obs. 29).

Dans ces hyperesthésies partielles, le rôle dynamogène revient d'ordinaire aux excitations de la moitié supérieure du corps, dents de sagesse en évolution, pneumonie, etc. Dans l'observation 60 (salpingite *gauche*), au contraire, nous voyons l'hyperesthésie musculaire porter sur le quadriceps fémoral et adducteurs du même côté.

c) L'hyperesthésie peut être généralisée ; l'exaltation sensitive atteint tous les muscles ; tous sont douloureux à l'excitation. Nous trouvons le fait signalé quatre fois : le premier est un cas de fièvre typhoïde à évolution grave, forme adynamique ; le deuxième, qui appartient à M. Jacquet, est particulièrement saisissant, le voici résumé (Obs. 11).

Un homme de 38 ans est en traitement à l'hôpital Laënnec pour une fièvre typhoïde ; il présente une hyperesthésie névro-musculaire *généralisée*, prédominante à l'abdomen ; elle persiste pendant toute la durée de la maladie, sans variation notable, puis diminue peu à peu parallèlement à la maladie. Survient une rechute avec nouvelle éclosion de taches rosées : *l'hyperesthésie musculaire reparaît aussi violente qu'au début, puis elle décroît jusqu'à la guérison*

Les deux autres cas ont trait, l'un à un malade atteint de tuberculose pulmonaire chronique, le dernier à une jeune femme souffrant d'une crise aiguë de coliques

hépatiques ; l'hyperesthésie névro-musculaire est généralisée (1).

Signalons une observation où l'hyperesthésie névro-musculaire est *croisée* (2) (figure 1), fait que nous n'avons observé qu'une seule fois, mais qui, nous le

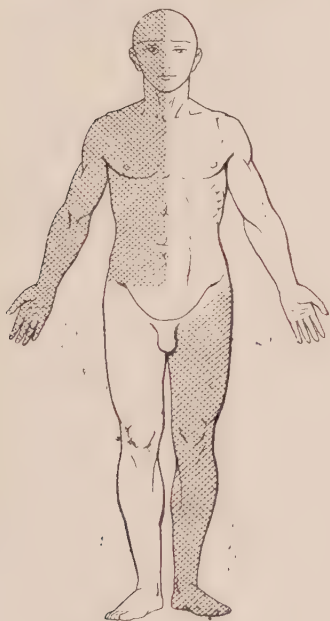


FIG. 1.
Hyperesthésie profonde croisée.

verrons, lors de l'étude pathogénique, est très aisément explicable. Il s'agit d'un malade atteint simultanément de tuberculose pulmonaire chronique à prédominance des lésions à *droite* (vaste caverne) et d'une arthrite de la hanche *gauche* de même nature : la sensibilité est exaltée, à *droite* pour la moitié supérieure du corps, jusqu'à la racine de la cuisse ; à *gauche* pour la moitié inférieure (Obs. 55), fait remarquable sur lequel d'ailleurs nous reviendrons.

Nous avons souvent constaté, au cours de nos explorations, que le phénomène du *myo-œdème*, ou contraction idio-musculaire, était plus fréquent, plus durable sur les muscles hyperesthésiés, et cela surtout, dans les

1. Limitant notre sujet à l'étude des hyperesthésies *systématisées*, nous indiquons ici sans insister la forme généralisée de l'hyperesthésie.

2. La notation conventionnelle des troubles de sensibilité est la suivante : lignes transversales pour l'*anesthésie*, pointillé pour l'*hypoesthésie*, quadrillé pour l'*hyperesthésie*.

cas de tuberculose pulmonaire avancée. Pour étudier, dans les conditions les meilleures, ce phénomène, percutons avec la pulpe du médius les fibres du grand pectoral à *droite* et à *gauche* : un nœud de contraction se produit, douloureux du côté hyperesthésié ; plus marqué, et de durée plus longue que du côté opposé. Ce fait avait été noté aussi par Weill (1).

En recherchant avec un appareil à faradisation, l'état de la *sensibilité électrique* des muscles hyperesthésiés, nous avons souvent remarqué, comme Weill, qu'un courant amenant la contraction de ces muscles est sans effet appréciable sur ceux du côté opposé. Dans les premiers le passage du courant électrique provoque souvent une sensation désagréable, douloureuse même, le malade pousse parfois un cri, la sensation est bien plus supportable dans les autres, souvent à peine perçue. Avant Weill, Plicque (2) avait étudié avec soin les réactions électriques des muscles au voisinage des lésions bacillaires et avait conclu aux quatre propositions suivantes : diminution de l'excitabilité ; tendance à la télanisation ; lenteur de la contraction ; contraction douloureuse : ces phénomènes prédominant du côté atteint.

Nous avons retrouvé ces mêmes signes non seulement au voisinage des lésions tuberculeuses, mais sur des muscles plus ou moins éloignés d'elles, les adducteurs de la cuisse, les jumeaux et soléaire par exemple.

M. Jacquet nous a souvent fait remarquer, qu'en multipliant les vibrations ou la pression d'un muscle

1. WEILL, *loco citat.*, p. 452.

2. PLICQUE. *Réactions électriques des muscles du thorax chez les tuberculeux au début*. Journal des praticiens, nov. 1895.

douloureux, on arrivait peu à peu à rendre cette exploration de moins en moins pénible pour le malade. Par la répétition de l'excitation, on finit par épuiser en partie la sensibilité du muscle. A l'hyperesthésie, on substitue en quelques minutes *l'hypoesthésie* ou même *l'anesthésie*, ce qui démontre les étroites relations de ces deux modalités sensitives.

Nous reviendrons plus loin, et nous insisterons sur ce fait, et d'autres du même ordre, qui nous paraissent comme à M. Jacquet, *capitiaux*, pour la compréhension des troubles sensitifs.

Klippel (1), et après lui Derosches (2), avaient signalé ce phénomène, mais à *longue échéance*. A une période avancée de la tuberculose pulmonaire, l'exagération de la sensibilité peut faire place à l'anesthésie et à l'analgésie.

L'exaltation sensitive des muscles subit, d'un jour à l'autre, des variations dans son intensité. Mais, d'un moment à l'autre, en certaines conditions, nous pouvons la voir se modifier notablement. Chez un malade, dont tous les muscles d'un côté sont douloureux à l'exploration, nous évaluons autant qu'il est possible, l'hyperesthésie. Nous lui recommandons alors de rester dans le calme et l'immobilité absolues. Deux heures après, l'examen des muscles est nettement moins douloureux.

Nous remuons le malade, il fait quelques pas dans la salle, il tousse; et *l'exploration montre que l'hyperesthésie est devenue plus vive*. Nous avons quatre fois

1. KLIPPEL. *Les amyotrophies dans les maladies cachectiques*. Thèse Paris, 1889.

2. DEROSCHES. *Amyotrophies d'origine articulaire*. Thèse de Paris, 1889.

répété cette expérience, conseillée par notre maître, toujours avec les mêmes résultats.

Quel est dans l'ordre chronologique, le mode d'apparition des hyperesthésies nerveuse et musculaire? Il semble ressortir de nos observations que l'hyperesthésie des troncs nerveux est la première en date, l'hyperesthésie musculaire la suivant de très près. Peut-être, le doute qui subsiste, tient-il, à ce que les malades ne sont pas vus au moment même où débute leur maladie. L'irritation organique cause de ces hyperesthésies, retentit sans délai sur les centres nerveux, et rarement, jamais même sans doute, les malades ne sont examinés au moment de la mise en train de cette excitation. L'auto-observation est seule capable de résoudre ce problème.

3° Rappelons pour mémoire, que le diapason nous a servi, d'après la méthode d'Egger, à mettre en valeur l'*hyperesthésie osseuse* dans dix de nos observations.

Dans l'obs. 34, il s'agit d'un cas d'orchite blennorrhagique *droite* très douloureuse, avec hémihyperesthésie névro-musculaire du même côté. Le diapason révèle une sensibilité vibratoire plus marquée pour certains os, le fémur, le tibia du côté *droit*.

Dans l'obs. 41, salpingite *gauche* avec troubles dyspeptiques, hyperesthésie névro-musculaire *gauche* très intense, l'os iliaque, le fémur, le tibia, l'olécrâne, le radius *gauches*, sont plus sensibles qu'à droite (1).

1. Voici quelques autres exemples (obs. 39) : angine et amygdalite *droite*, la clavicule, l'omoplate, os du membre supérieur à *droite* plus sensibles qu'à gauche.

Obs. 35. Pneumonie *droite*, clavicule, tibia, radius *droits*.

Obs. 46. Tuberculose pulmonaire. Tous les os sont hyperesthésiés à *droite*.

Nos observations d'hyperesthésie osseuse, eussent été plus nombreuses si nous n'eussions éliminé celles, où le résultat nous était fourni par la pression ou la percussion directe. Nous n'avons retenu que celles où la recherche était pratiquée à l'aide du diapason.

Quoi qu'il en soit, l'hypermotilité vibratoire des os, semble moins fréquente que l'hyperesthésie névromusculaire. Nous l'avons trouvée absente, notamment dans les cas 54, 50, 67, 68. Son apparition paraît être contemporaine de l'hyperesthésie musculaire, et elle nous a semblé disparaître plus rapidement qu'elle.

Unilatérale dans la plupart des cas, elle n'atteint que les deux membres inférieurs dans les obs. 64 et 66.

4° Aux phénomènes systématisés précédents, s'associe parfois l'*hyperesthésie articulaire* du même côté. En explorant les jointures de la manière indiquée, on provoque des douleurs plus ou moins vives, qu'on ne produit pas du côté opposé. Ces douleurs sont parfois spontanées, le malade nous les signale ; les mouvements d'une ou plusieurs articulations d'un côté sont gênés, pénibles, ils n'ont plus, par suite, toute leur amplitude habituelle. Au repos, elles sont parfois le siège d'élancements que la moindre mobilité exaspère. De là à prononcer les mots de rhumatisme, de névralgie articulaire, etc., il n'y a qu'un pas. Et pourtant, ces arthralgies, quand on a notion des faits que nous étudions, apparaissent avec leur signification réelle ; ils ne sont que l'expression symptomatique *subjective*, d'un état *objectif*, l'exaltation de la sensibilité profonde, ignorée du malade et mise seulement en relief par l'exploration méthodique.

L'usage d'ailleurs, de distinguer les sensations subjectives d'origine intérieure, et dont le sujet a spontanément conscience, des sensations objectives, révélées par l'action des agents extérieurs sur l'organisme, ne répond pas à la réalité, elle n'est qu'un artifice commode d'exposition. En fait, il n'y a entre elles, comme le dit justement M. Jacquet, qu'une différence de degré et non d'essence, le mode subjectif de la sensibilité pathologique, n'étant que le grossissement, *l'excès d'un trouble objectif de même modalité*.

Quoi qu'il en soit, dans certains cas de rhumatisme *unilatéral* décrits par les auteurs, notre maître se demande, si les arthralgies, les douleurs articulaires sans gonflement, avec gonflement et signes d'inflammation, ne seraient pas les stades successifs d'un même processus où l'excitation nerveuse *locale* joue le rôle important et primordial. Dans un premier degré, il y a hypersensibilité de la jointure, activité articulaire *maxima*, l'invasion microbienne avec son cortège habituel d'inflammation, d'exsudation, etc., ne venant qu'à la suite.

Comme exemple d'hyperesthésie articulaire nettement *unilatérale*, nous citerons l'observation de Barden (1) typique à cet égard : « Un homme de 29 ans vient consulter Barden pour une fluxion dentaire, il s'agit d'un accident déterminé par l'éruption de la dent de sagesse inférieure *gauche*. Le malade raconte que lors d'une première poussée, les articulations du poignet et du genou *gauches* étaient devenues dou-

1. BARDEN. *Revue de chirurgie dentaire*, nov. 1905.

loureuses dès qu'il les mobilisait. Un mois après, *deuxième* poussée plus violente, et cette fois les douleurs sont spontanées et provoquées, de plus, les articulations du genou et du poignet à *gauche* ne sont plus seules atteintes, mais *toutes* celles du côté *gauche*. Il se forme un abcès péri-dentaire qui est incisé : *le lendemain, sédation des accidents locaux, et disparition graduelle de l'hyperesthésie articulaire systématisée.* »

Cette observation, dit Barden, cadre parfaitement avec les idées émises par M. Jacquet, qui a montré nettement, que l'éruption des dents de sagesse entraînait dans certains cas, une exagération complète et totale de la sensibilité névro-musculaire profonde de *tout le côté correspondant*. Chez ce malade, les arthralgies systématisées au côté *gauche*, n'étaient, au total, qu'un des éléments constitutifs d'une hyperesthésie unilatérale et complète.

B. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SUPERFICIELLE.

1° *Sensibilité objective.* — Nous rappelons que nous nous sommes servis pour la recherche de ces troubles, d'un pinceau d'aquarelliste, promené doucement et également, de chaque côté de la peau; à défaut de cet instrument nous avons fait usage de la pulpe des doigts.

Une aiguille fine et acérée, des tubes remplis d'eau de température inégale, nous ont servi à la recherche des autres sensations cutanées.

Les troubles objectifs de la sensibilité cutanée sont

moins fréquents que ceux de la sensibilité profonde. Ils n'accompagnent, en général, que les formes violentes, étendues, unilatérales ou bilatérales de l'hyperesthésie profonde. Comme ces dernières, ils sont presque toujours ignorés du malade, c'est *nous*, qui par l'exploration, lui *révélons* une sensation dont il n'a nulle conscience. Nous sommes, comme on le voit, loin de toute suggestion.

Dans *dix-huit* de nos cas, la sensibilité cutanée est normale, nulle différence appréciable entre les deux côtés.

Dans tous les autres, la sensibilité est troublée. Hyperesthésie cutanée (32 fois), hypoesthésie (19 fois), systématisées au *même* côté que les troubles sensitifs profonds. Dans quelques cas, (5) l'hypoesthésie siège du côté opposé.

L'hyperesthésie cutanée unilatérale est totale ou partielle. Elle est totale dans *dix-neuf* observations. L'exploration révèle alors, que, d'un côté, tous les points de la peau perçoivent les excitations extérieures avec plus de finesse, plus d'acuité que du côté opposé. En général, l'exaltation sensitive porte sur toutes les notions fournies par la peau, contact, chaud, froid, piqure. Il y a, quelquefois, dissociation : l'hyperesthésie existe pour les sensations de chaud, de froid ; les autres modes sensitifs sont indemnes. Telle est l'observation 28 : les notions de tact et de piqure paraissent égales des deux côtés, le chaud et le froid sont perçus douloureusement. Dans l'observation 65, nous constatons le contraire.

Cette exagération de la sensibilité cutanée, semble limitée exactement à la ligne médiane ; elle la dépasse parfois cependant plus ou moins.

On sait que la sensibilité de la peau, dans certaines hyperesthésies cutanées, (hyperesthésies *névritiques* par exemple), est tellement exaltée, que l'excitation la plus légère, le moindre frôlement, le contact seul des vêtements est pénible, voire douloureux. Nous n'avons jamais observé l'hyperesthésie à ce degré.

Chez certains malades, l'exagération sensitive étant systématisée à un côté, sur ce fond d'hyperesthésie objective se détachent en quelque sorte, des zones d'étendue variable où les sensations douloureuses sont perçues *spontanément* : le plus souvent sous forme de milliers de piqure d'épingles — ce sont des zones où l'hyperesthésie atteint un degré de plus que les régions voisines homologues, elles-mêmes hyperesthésiées. C'est, par exemple, la région *mammaire, abdominale* dans l'observation 36. L'hyperesthésie superficielle et profonde siège à *gauche*, et les deux régions ci-dessus à *gauche*, ont une sensibilité cutanée exagérée *spontanément* et par l'exploration. Dans l'observation 50, c'est la partie *latérale du thorax*, etc.

Ces zones plus ou moins étendues d'hyperesthésie cutanée, ne sont autres que celles *étudiées par Head* (1), qui a montré que les excitations viscérales, du cœur, larynx, poumon, estomac, intestin, utérus, ovaires, comportaient une projection cutanée hyperesthésique. Head, on le sait, est arrivé à décomposer le tronc et les membres en territoires distincts, suivant la région centrale où est venue se réfléchir l'excitation viscérale. Ces zones d'hyperesthésie correspondraient à des segments médul-

1. HEAD. On disturbances of sensation with special references to the pain of visceral disease. *Brain*, 1894-95-96. — Voir aussi la *Revue de Guir-LAIN Revue de médecine*, 1901, p. 429.

lares auxquels aboutissent à la fois, les rameaux sympathiques amenant les excitations d'origine viscérale, et les nerfs périphériques, transmettant l'innervation sensitive de leurs territoires cutanés. Si l'un de ces territoires subit une excitation même légère, celle-ci arrivant à un centre déjà fortement ébranlé, se traduira par une sensation douloureuse.

Faber (1) a confirmé certains des faits décrits par Head en des recherches sur les affections gastro-intestinales, mais nous touchons là, on le voit, aux troubles *subjectifs* de la sensibilité que nous étudierons tout à l'heure, plus en détail.

L'hyperesthésie *du cuir chevelu* est notée dans un assez grand nombre d'observations, surtout dans celles où la lésion irritative siège dans la tête (lésions dentaires, etc.). On sait que M. Jacquet (2) a montré la fréquence des hyperesthésies du cuir chevelu liées à la pelade d'origine *dentaire*. Comme lui, nous avons observé souvent, dans les mêmes conditions l'hyperesthésie du cuir chevelu avec ou sans pelade ; l'observation 16 nous montre une malade atteinte d'hyperesthésie profonde et superficielle du côté *droit* avec hyperesthésie très vive du cuir chevelu, il y avait une plaque de pelade à la nuque, à *droite* le tout commandé par l'éruption douloureuse de la dent de sagesse inférieure *droite*.

Dans quelques cas rares, l'hyperesthésie cutanée est *partielle*, certaines parties seulement de la peau ont leur sensibilité exaltée. Ces cas correspondent en général à

1. FABER. *Les hyperalgésies réflexes d'origine gastro-intestinale. Semaine médicale*, 1899, page 412.

2. L. JACQUET. La pelade d'origine dentaire. *Ann. de Dermat. et de Syph.* 1902.

ceux où l'hyperesthésie profonde est elle-même limitée.

L'hypoesthésie cutanée, siège dans la grande majorité des faits, du même côté que l'hyperesthésie profonde ; elle lui est directement superposable. Tous les modes de sensibilité sont diminués, émoussés, comparés à ceux du côté opposé. Il y a quelquefois dissociation comme pour le mode hyperesthésique : il y a alors analgésie, on peut piquer les téguments sans faire crier le malade, mais les impressions de contact et de température persistent. Nous n'avons jamais observé l'anesthésie *complète* des téguments de tout un côté.

Celle-ci était partielle dans les observations 44, 35, 7, et du même côté que l'hypoesthésie.

L'observation 7 a trait à une jeune femme atteinte de salpingite *gauche* et troubles dyspeptiques ; il y a exaltation très nette de la sensibilité superficielle et profonde du côté *gauche*. *A droite* la sensibilité est nettement diminuée, il y a même deux zones d'anesthésie complète sur la face interne du bras et le flanc *droits*. Les cas où l'hypoesthésie siègeait du côté opposé aux troubles sensitifs en excès sont rares. Nous ne les avons rencontrés que cinq fois. Cette association sur un même malade de deux modalités sensitives en apparence si dissemblables a un intérêt capital, nous y reviendrons plus loin.

2° *Sensibilité subjective*. — Les troubles subjectifs de la sensibilité cutanée, dont le malade a spontanément conscience, et sur lesquels il appelle notre attention, sont assez fréquents (13 fois), ils prennent naissance et se montrent du côté où la sensibilité est exaltée ; leurs modalités sont variables : douleurs plus ou moins *lancinantes*, ne suivant le trajet connu d'aucun nerf, dans

la cuisse et la jambe *droites* (orchite droite, obs. 43).

Engourdissements, fourmillements dans le bras et la jambe *gauches* (obs. 10).

Tenailllements et rongements, à la jambe *gauche*, névralgie dentaire *gauche* violente (obs. 40).

Douleurs brachiales vagues, *élancements* du membre supérieur *gauche*. Tuberculose du sommet *gauche* (obs. 52).

Douleurs en *piqûre d'épingle*, *prurit* violent en différents points à *gauche*, pleurésie *gauche* et névralgie dentaire *gauche* (obs. 7).

Sensation de froid (obs. 12), etc., etc.

Nous n'ignorons pas que la réserve la plus prudente est nécessaire dans l'appréciation de ces sensations spontanées. Mais leur siège sur le côté qui présente d'autres témoignages d'exaltation sensitive, leur fréquence relative, l'analogie de leurs formes chez différents sujets, semblent ne laisser aucun doute sur leur réalité.

La variété si grande dans la qualité de ces sensations spontanées est d'interprétation délicate. Elle s'éclaire cependant, grâce aux considérations suivantes sur l'EUDERMIE établie et développée par M. Jacquet (1) dans son remarquable article de la Pratique dermatologique, dont je ne saurais trop recommander la lecture, car je suis en mesure d'affirmer qu'il est une mine très riche de faits et d'idées. A l'état normal, nous avons, à un très faible degré, la conscience de notre tégument. Cela se conçoit : une longue accoutumance, le fait que, « la conscience ne comporte qu'un certain nombre très

1. L. JACQUET. *Troubles de la sensibilité. Pratique Dermatologique*, t. IV, pages 333 et 340.

limité de sensations simultanées (1) », suffisent à en rendre compte. Pourtant la peau, « notre limite sensitive », suivant l'expression de Bichat, est en conflit permanent et direct, avec le milieu cosmique et ses agents connus ou inconnus, air, chaleur, lumière, pression barométrique, etc., qui agissent sur elle; et il semble au moins admissible que, de ce conflit même, puisse résulter une série de sensations variées.

En effet, en de bonnes conditions de recueillement, on parvient à percevoir, à isoler, certaines sensations inaperçues d'ordinaire, et qui émanent de la peau. C'est un sentiment de *tiédeur*, accompagné d'une sorte de frémissement vibratoire infiniment doux, avec de temps à autre quelques picotements, quelques *aiguillements* très ténus. Bref, on peut en général, en certaines conditions *sentir sa peau*. Cette sensation, M. Jacquet la nomme EUDERMIE (εὖ bien δερμ. x peau).

Nous avons décrit plus haut, l'extrême variété, l'abondance des sensations subjectives. A un certain degré d'exaltation sensitive, toutes les réactions vitales si multiples des téguments, vont être anormalement et plus ou moins douloureusement perçues; et comme la variété de ces tissus, de ces organes, tous doués de sensibilité, est grande (tissu conjonctif, tissu élastique, fibres lisses, vaisseaux, glandes, poils), la richesse de ces réactions cutanées, sensibles, ÉLÉMENTAIRES, isolées ou combinées, sera telle qu'il n'y a pas pour les désigner assez de mots dans la langue.

Que l'on confronte maintenant, ce que nous avons dit de la vie cutanée sentie, de l'*eudermie*, avec les différentes sensations hyperesthésiques, on y trouvera

1. CH. RICHTER. *Essai de psychologie générale*. Alcan, page 118.

leur ébauche, leur état naissant, ou ce qui revient au même, on trouvera dans ces hyperesthésies, le grossissement des sensations eudermiques (Jacquet).

Cette manière de concevoir les faits, nous explique lumineusement, la richesse et la variété considérables des sensations cutanées, sensations inconscientes à l'état normal, réclamant un certain degré d'attention et de recueillement pour être vaguement perçues ; et que le grossissement pathologique seul nous révèle.

Parmi les phénomènes subjectifs, nous devons faire une mention particulière de la *céphalée*. Nous l'avons notée un grand nombre de fois, en des cas où les troubles de sensibilité étaient liés à des lésions dentaires (névralgies dentaires, éruption de la dent de sagesse). Diffusément étendue à toute la tête, elle prédomine souvent d'un seul côté. Dans un grand nombre de cas, elle est strictement *unilatérale*, elle siège dans la région frontale ou pariétale, les deux à la fois, parfois en arrière, à l'occiput. La douleur est sourde, lancinante ou gravative, sans rapport avec le trajet connu des nerfs ; elle coexiste fréquemment avec l'hyperesthésie du cuir chevelu.

Or, et nous ne saurions trop souligner l'importance de ces constatations vraiment *expérimentales*, nous avons vu cette céphalée subir de façon saisissante, les mêmes fluctuations que les lésions dentaires, augmentant avec elles, diminuant quand elles s'apaisaient, disparaissant enfin quand on les *supprimait*. Quelques exemples montreront nettement ces faits.

Une syphilitique souffre atrocement de la tête depuis quatre jours, avec prédominance à *gauche*. La céphalée est violente, en coup de marteau, elle s'accompagne de

nausées et de vomissements. Le traitement spécifique n'amène aucune sédation. En explorant attentivement, et une à une, toutes les dents à l'aide d'un stylet, M. Jacquet *réveille tout à coup une douleur vive*. L'instrument effondrant une mince lamelle osseuse, vient de pénétrer dans la dent de sagesse supérieure *gauche*. Deux heures après, cette dent qui n'était pas du tout spontanément douloureuse, nous insistons sur ce point, est extraite par le D^r Gaumerais qui reconnaît l'existence d'une carie au deuxième degré avec pulpite. Nous revoyons la malade à son retour de chez le dentiste. *Changement complet*; elle ne souffre presque plus, son visage vultueux et contracté avant l'intervention, est maintenant satisfait et souriant. Ajoutons que tout le côté *gauche* chez cette femme était le siège d'une hyperesthésie superficielle et profonde très nette.

Il n'est pas douteux dans cette observation que la céphalée et l'hyperesthésie du côté *gauche*, étaient sous la dépendance directe de l'irritation organique causée par la dent malade. Celle-ci enlevée, la céphalée tomba, l'exagération sensitive persista encore quelques jours à *gauche* puis s'atténua peu à peu (Obs. 40).

Dans un autre cas (obs. 57), la céphalée est étendue à toute la tête avec une prédominance marquée pour la région occipitale; elle a débuté avec les douleurs dentaires; elle s'exaspère avec leurs paroxysmes: la deuxième grosse molaire inférieure *gauche* est atteinte de pulpite. Le D^r Gaumerais enlève cette dent, il y a exaspération momentanée de la céphalée, *puis tout s'apaise et la douleur disparaît*. Nous avons vu les mêmes faits dans les observations 41, 39, 36, 7.

Aux causes déjà nombreuses de la céphalée, il faut

done ajouter les irritations parties d'une dent malade ou en activité éruptive. On voit l'importance pratique de ces faits, dont nous tirerons parti d'autre part pour l'établissement d'une pathogénie rationnelle.

Les divers troubles de la sensibilité cutanée que nous avons passé en revue, quelles que soient leurs formes, sont plus variables, plus transitoires, que ceux de la sensibilité profonde, qui paraît être l'expression prédominante de ces phénomènes nerveux. En somme, ces troubles sensitifs superficiels accompagnent les hyperesthésies profondes ; ils siègent en général du même côté. C'est, le plus souvent, l'hyperesthésie qui en est cause, quelquefois l'hypoesthésie, soit seule, soit avec régions limitées d'anesthésie. Ils sont presque toujours d'ordre *objectif*. Quand ils sont conscients, la richesse et la variété des sensations constatées sont fort grandes.

C. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ SPÉCIALE.

Les troubles de la sensibilité spéciale ne nous occuperont pas longtemps. Nous les avons cherchés à plusieurs reprises sans constater des différences bien frappantes entre les deux côtés.

Weill (1), au cours de ses recherches a observé un symptôme auquel il attache une haute valeur au point de vue de la signification des faits qu'il a étudiés, c'est le rétrécissement concentrique du champ visuel. Il s'est montré 11 fois sur 17. Double 3 fois, bilatéral avec prédominance, d'un côté 4 fois, unilatéral 3 fois. « Il

1. WEILL. *Loco citato*, p. 455.

« se localise de préférence du même côté que les troubles de la sensibilité cutanée, mais en l'absence de ces derniers, il est homonyme des troubles de la sensibilité profonde. Il précède dans leur développement les modifications de l'innervation cutanée, peut leur survivre, se montre plus durable qu'elles, mais n'existe jamais sans l'hyperesthésie profonde, est moins fréquente que cette dernière, et constitue ainsi un signe de moindre importance.

Nous n'avons pas retrouvé ce symptôme avec la constance relative que lui assigne Weill. Les autres signes de troubles sensoriels sont extrêmement rares dans nos observations. Une seule fois (obs. 5) (1) ils se sont montrés systématisés à un côté, avec une netteté frappante. Un malade atteint de fièvre typhoïde, a une hyperesthésie cutanée et neuro-musculaire du côté *gauche*. Les organes sensoriels présentent les troubles suivants :

Œil. — En plaçant une montre devant les yeux du malade, l'autre étant fermé, nous constatons ce qui suit : tandis que l'œil *droit* cesse d'apercevoir les aiguilles d'une montre à 96 centimètres, l'œil *gauche* les voit encore à 116 centimètres.

Le champ visuel (contrairement à ce qu'a constaté Weill) est très élargi à *gauche*, à droite 65 centimètres, à gauche 78 centimètres.

Oreille. — Une montre est peu à peu éloignée de l'oreille *droite*, les battements cessent d'être perçus à

1. L. JACQUET et LACASSE. Hyperesthésie cutanée, sensorielle, et neuro musculaire *gauche* chez un convalescent de fièvre typhoïde. *Société méd. des hôp.*, 4 mai 1900.

62 centimètres, l'oreille *gauche* les entend encore à 91 centimètres.

Odorat. — Les vapeurs d'un flacon d'ammoniaque sont beaucoup mieux perçues à *gauche* qu'à *droite*. Les troubles du goût n'ont pas la netteté des précédents.

D. — TROUBLES DE LA MOTILITÉ.

Autant les troubles sensitifs sont fréquents, autant ceux de la *motilité* sont rares. Leur appréciation est délicate, car on peut souvent constater, dans les régions douloureuses ou hyperesthésiées, une certaine gêne, dans les mouvements, et par suite une parésie musculaire qui en réalité pourrait n'être qu'apparente. Nous n'avons pas retenu ces faits, car ils ne constituent pas à proprement parler, des troubles de la motilité. Celle-ci en revanche est modifiée de façon nette, dans sept de nos observations: 52, 7, 56, 58, 62, 5, 1.

Voici l'obs. 52 résumée. Un homme de 37 ans atteint de tuberculose pulmonaire du sommet *gauche* avec adénopathie trachéo-bronchique du même côté, présente une hyperesthésie superficielle et profonde du membre supérieur *gauche*. Celui-ci est nettement parésié, la pression de la main *gauche* est moins forte que celle de la droite. Le malade se rend bien compte que sa faiblesse musculaire n'est pas liée à quelque souffrance du membre. Le dynamomètre donne 28 à *droite* 22 à *gauche*.

L'observation 7 montre un malade atteint de zona thoraco-brachial *droit*. Il y a parésie musculaire du

membre supérieur *droit*, associée à une hyperesthésie superficielle et profonde de tout ce membre. Apparue avec le zona, elle a disparu avec lui.

Dans l'observation 58, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, qui, à l'âge de 16 ans, eut à la suite d'une crise convulsive une hémiplégie hystérique *droite* guérie au bout de quatre mois complètement. Quatre ans plus tard salpingite aiguë *droite*, et nous constatons avec la plus grande netteté, une hyperesthésie profonde et une hypoesthésie cutanée *droites*. En même temps hémiparésie *droite* incontestable.

Dans ce dernier cas, chez une malade manifestement hystérique, une excitation violente, partie de la trompe enflammée a exalté la sensibilité profonde de tout le côté *droit*, avec abaissement de la sensibilité cutanée et de la motilité à *droite*. Acceptons pour le moment que tous ces phénomènes sont *hystériques*; nous verrons plus loin, que l'on peut les interpréter de façon à la fois plus rationnelle et plus précise.

L'auto-observation de M. Jacquet nous montre bien que la parésie n'est pas fonction de la souffrance du membre. Notre maître ayant une légère sciatique constate qu'il a une sensation d'impuissance douloureuse dans les efforts musculaires, et cependant (1), nous dit-il, je dissociais très bien la parésie de la crainte de la douleur qui était d'ailleurs légère, et il m'a paru certain que la parésie est produite par la cause même qui exalte la sensibilité.

Sensation douloureuse et parésie disparurent, d'ailleurs, très peu avant une éruption d'herpès au fourreau de la verge, du même côté.

1. L. JACQUET. Communic. orale.

E. — TROUBLES DES RÉFLEXES.

Les troubles de la réflectivité trouvent leur place naturelle après l'étude de la motilité.

Sans être très fréquents, ils n'en présentent pas moins des particularités pleines d'intérêt.

Nous les avons trouvés modifiés dans *dix-neuf* cas. Observations 10, 69, 68. 54, 65, 14, 64, 5, 62, 58, 54, 53, 50, 49, 46, 3, 35, 32, 40.

Nous avons étudié le réflexe *genouiller, plantaire, abdominal, pileaire*.

Dix fois le réflexe du genou est nettement exagéré du même côté que l'hyperesthésie profonde.

Le phénomène est des plus frappants comparé à celui du côté opposé. Cette exagération est parfois si violente, qu'elle provoque un ébranlement, un tremblement prolongé et général du membre inférieur. C'est dans ces cas (obs. 46, 64, 10), que nous constatons même de la trépidation épileptoïde du pied, du côté correspondant à l'exaltation de la sensibilité ; rien du côté opposé.

Dans quelques observations (40, 39, 58), le réflexe est exalté des deux côtés, avec une prédominance marquée pour l'un d'eux, celui de l'hyperesthésie profonde.

Ils sont affaiblis ou absents dans les observations 3 et 1, bien que nous n'ayions constaté, chez les malades, aucune des raisons connues de la disparition des réflexes (diabète, tabès, etc.). Les deux malades sont des tuberculeux pulmonaires au début.

Le réflexe plantaire est exalté dans huit cas, soit iso-

lément, soit avec exagération manifeste des réflexes abdominal, de l'aisselle, crémastérien. Le réflexe du tendon d'Achille est exagéré plusieurs fois avec une augmentation analogue des réflexes rotulien et plantaire du même côté.

Le réflexe *pilaire* s'est montré exalté un certain nombre de fois, du même côté que les autres troubles nerveux.

On sait ce qu'est le réflexe pilaire. Quand on découvre une partie des téguments, l'excitation de la peau (frôlement, pincement léger d'un muscle voisin) provoque la mise en jeu des muscles lisses érecteurs des poils ; on voit alors surgir les follicules pileux, et dans leur érection d'ensemble, ils donnent à la surface cutanée une rudesse, un granité particulier justement dénommé « chair de poule ».

Huit fois, le réflexe pilaire est troublé. Sept fois il est exalté du côté des troubles sensitifs, une fois il manque des deux côtés.

Phénomène du même ordre et relevant des mêmes causes, l'érection du mamelon est quelquefois associée au réflexe pilaire exagéré.

Montrons les troubles de ce réflexe en acte.

L'observation suivante est due à M. Jacquet (1) (obs. 3). Un tuberculeux atteint de lésion du sommet gauche a une héli-hyperesthésie profonde *gauche*.

En découvrant le malade, on constate très nettement à *gauche* une « chair de poule » caractéristique ; le côté

1. L. JACQUET. *Hyperesthésie névro-musculaire chez un tuberculeux du sommet gauche ; transfert à droite à la suite d'un foyer broncho-pulmonaire droit*. Société méd. des hôpit., 1890, p. 452,

droit reste absolument lisse. Ce phénomène se reproduit sous l'action d'un léger frôlement de la peau du côté *gauche*, de même dans la région dorsale.

L'observation 7 nous relate un fait analogue aussi saisissant. Il s'agit d'un cas de zona thoraco-brachial droit accompagné d'une hyperesthésie profonde, et hypoesthésie cutanée du membre supérieur *droit*. Le phénomène de la « chair de poule » est chez ce malade d'une remarquable systématisation. En découvrant le malade pour examiner son éruption, nous voyons, de la manière la plus nette, toute la moitié supérieure *droite* du thorax et le membre supérieur se couvrir d'un granité caractéristique. Rien à *gauche*. Le phénomène dure à peu près une minute. Les jours suivants, l'exagération du réflexe persiste aussi vive ; elle subit même une recrudescence accompagnée d'une crise de *prurit* dans le flanc *droit*. Le zona guéri, les troubles sensitifs disparurent et avec eux, le phénomène unilatéral de la chair de poule.

Ce phénomène, et bien d'autres que nous étudierons, *thermiques, vaso-moteurs, pupillaires*, présentent un intérêt considérable, parce qu'ils sont matériels, visibles, tangibles, et que toute suggestion et toute erreur d'interprétation sont ici impossibles.

F. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DES ORGANES.

Nous avons remarqué avec une très grande fréquence que certains organes dont la sensibilité à l'état normal est vague, obscure, devenaient souvent le siège d'une hyperesthésie très marquée : *le sein, le testicule, l'ovaire, le globe oculaire*.

L'exploration de ces organes par la pression *légère* n'éveille pas de douleur proprement dite à l'état sain. Dans nos observations, leur sensibilité était franchement exaltée.

Ces faits doivent être, croyons-nous, rapprochés de ceux observés chez les hystériques. En effet, ces malades présentent fréquemment des zones dites hystérogènes, dont la caractéristique est d'être le point de départ de crises convulsives quand elles sont excitées par la pression. Celle-ci est capable aussi de les arrêter; de là le nom de zones spasmogènes, zones frénatrices. Jamais, chez nos malades, la pression de ces zones n'a été suivie de crises convulsives, et cependant leur analogie avec les zones hystérogènes est indéniable. L'hyperesthésie viscérale que nous avons constatée est à notre sens de même nature que celle décrite chez les hystériques. Il n'y a qu'une différence de degré entre elles. Les premières ne sont qu'un stade ébauché, raccourci des seconds.

G. — PHÉNOMÈNES VASO-MOTEURS ET THERMIQUES.

On connaît la rougeur et l'hyperthermie de la pommette observées autrefois par Gubler, au cours des inflammations aiguës du poumon, pneumonie, tuberculose, etc., etc... Gubler avait même constaté de l'hyperthermie de l'aisselle, du thorax du même côté que la lésion pulmonaire. Comme Gubler, nous avons souvent observé ces phénomènes systématisés dans la pneumonie, dans la tuberculose. M. Jacquet (1) a retrouvé ces

1. L. JACQUET. Voir la série de ses études sur la pelade d'origine dentaire. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1902.

mêmes signes, liés à d'autres irritations organiques (lésions dentaires, poussées éruptives de la dent de sagesse).

On peut voir dans nos observations la relation de certains de ces faits. Ils sont très variables, passagers, oscillant souvent avec les phénomènes dentaires. C'est à la joue qu'ils sont le mieux appréciables. Mais il y a fréquemment dans les zones hyperesthésiques, que la douleur y soit spontanée ou non, des hyperthermies ou hypothermies sans nul changement de coloration de la peau, sans trouble vasculaire appréciable. Cette hyperthermie peut être, comparativement à la région saine, de plusieurs degrés thermométriques ; elle s'accompagne parfois de sensations subjectives de chaud, de cuisson, de picotements.

Mais ces sensations peuvent manquer et même être inversées : « Une région, un membre, par exemple, dit M. Jacquet (1), qui sont le siège d'une élévation thermique considérable, aisément appréciable à la main, donnent au patient une sensation de froid. »

Cette hyperthermie siège du même côté que les autres troubles. Elle occupe très souvent une disposition segmentaire. « J'ai vu, par exemple, à *droite*, dit notre maître, la cuisse plus chaude, la jambe plus froide qu'à *gauche*. » Ce qui tend à prouver leur indépendance au moins relative vis-à-vis des actes circulatoires.

Charcot (2) avait autrefois signalé ces hyperthermies segmentaires au cours de la pneumonie.

Ces constatations étaient faites à l'ordinaire par l'ap-

1. L. JACQUET. *Troubles de la sensibilité*, in *Pratique Dermatologique* p. 357.

2. CHARCOT. *Société de Biologie*, avril 1869.

plication du dos de la main sur la région à explorer. L'habitude de cette investigation nous a permis par ce moyen de discerner des différences assez faibles de température, ainsi que nous nous en sommes assuré en contrôlant nos sensations par le thermomètre à température locale.

Les autres phénomènes vaso-moteurs systématisés observés sont : le *dermographisme* et l'*épistaxis*. Le dermographisme était des plus nets dans plusieurs cas, notamment dans l'observation 18. Il apparut à diverses reprises avec une constance remarquable du côté *gauche*, siège d'une héli-hyperesthésie névro-musculaire.

Nous avons constaté l'*épistaxis unilatérale* dans les cas 39, 48, 59. C'est là aussi un phénomène que M. Jacquet, a décrit dans la pelade d'origine dentaire et du côté de la lésion (1).

Dans l'observation 39, il s'agit d'un cas d'angine avec amygdalite *droite* ; il y a hyperesthésie profonde et superficielle du côté *droit*. Au cours de son séjour à l'hôpital, le malade eut fréquemment des épistaxis assez abondantes, toujours par la narine *droite*.

La seconde observation concerne une jeune femme tuberculeuse, à lésions maxima du côté *droit*. Atteinte en même temps d'une salpingo-ovarite *droite*, elle présentait une hyperesthésie profonde et superficielle de ce côté. La narine *droite* saigna à maintes reprises. Il n'y eut jamais d'épistaxis à *gauche*.

1. L. JACQUET. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1902.

H. — LÉSIONS TROPHIQUES CUTANÉES.

Au cours de nos recherches, nous avons quelquefois noté des lésions cutanées diverses à siège rigoureusement unilatéral, et toujours du même côté que les troubles sensitifs : *Herpès, urticaire, impétigo, érythème nouveau, pelade, pemphigus, eczéma nummulaire*. Dans quelques cas, la dermatose généralisée à tous les téguments, prédominait de la manière la plus frappante, d'un côté.

Mais déjà, avant nous, M. Jacquet avait étudié ces phénomènes, et les fragments suivants de son auto-observation vont nous montrer les péripéties d'une éruption herpétique dans ses rapports avec l'excitation causale.

Et à ce propos, soulignons d'après l'enseignement de notre maître, le rôle important de l'auto-observation pour l'étude attentive, minutieuse et nuancée, d'une foule de phénomènes. « Il est une série de troubles de fonctionnement que nulle autre méthode que l'auto-observation du biologiste n'éclairera jamais » (1).

Voici les fragments de l'auto-observation de M. Jacquet, rapportée dans le *Festschrift* de Kaposi (obs. 8).

« Dans la nuit du 20 au 21 juillet 1899, légère douleur du conduit auditif externe *droit*; le 21 au matin, je constate :

1° L'inflammation phlegmoneuse du conduit, peu douloureuse spontanément, mais très sensible au toucher;

1. L. JACQUET. Nature et traitement de la pelade. *Annales de Dermat. et Syph.*, 1900.

2° Une vive sensibilité du cuir chevelu et de la face à *droite*;

3° Des douleurs assez vives au moignon de l'épaule *droite* (ou jadis j'ai subi une arthropathie grave);

4° Une sensation de brûlure du côté *droit* de l'isthme du pharynx.

Puis en explorant comparativement les troncs nerveux et les muscles, je m'assurai sans doute possible, que la sensibilité était exaltée dans toute l'étendue du côté *droit*.

En outre, je notai au cours de la journée à plusieurs reprises, quelques sensations de chatouillement, de cuisson légère, à l'extrémité *droite* du prépuce, et j'annonçai que j'aurais en ce point une éruption d'*Herpès*.

En effet le 22 au matin, éruption typique d'*Herpès* à vésicules transparentes.

Dans les premiers jours d'août, induration phlegmoneuse analogue, mais beaucoup moindre, du conduit auditif externe *gauche*, je perçois alors la série des phénomènes que voici :

Hyperesthésie légère du cuir chevelu et de la face à *gauche*; points douloureux sus et sous orbitaire à *gauche*, migraine à prédominance *gauche*, sécheresse pénible de la narine *gauche*, puis épistaxis *gauche*, sensibilité du globe oculaire *gauche*. *Herpès* typique au côté gauche de la lèvre inférieure. »

Nous notons l'*Herpès* quatre fois dans nos observations (obs, 9, 19, 28, 8).

L'observation 9 concerne un jeune homme de 21 ans, qui eut, au cours d'une lymphangite aiguë de la main *gauche*, à la suite d'une blessure, une exaltation de la sensibilité de tout le côté *gauche*. En même temps apparurent plusieurs bouquets herpétiques, rigoureusement limités à la lèvre inférieure *gauche*; il n'y eut rien à *droite*.

Dans l'observation 28, l'éruption est beaucoup plus abondante et son maximum est franchement unilaté-

ral. Un jeune malade est pris brusquement de fièvre et de frissons, en même temps apparaissent de nombreuses vésicules herpétiques, sur les lèvres inférieure, supérieure *gauches*, le voile du palais à *gauche*, quelques rares vésicules aberrantes sur la lèvre supérieure *droite*. Ce malade avait une héli-hyperesthésie profonde *gauche*, liée à l'évolution de la dent de sagesse *gauche*.

Les observations qui suivent relatent des faits de dermatoses diverses.

L'observation 59 concerne un cas de *pelade* de la région de la nuque à *gauche*, côté où existait une hyperesthésie superficielle et profonde en rapport avec des épines irritatives variées (lésions dentaires, salpingo-ovarite *gauche*. Rappelons que M. Jacquet a insisté sur les troubles objectifs de la sensibilité qui accompagnent la *pelade*, et, siègent du même côté qu'elle : à savoir l'hyperesthésie latente des troncs nerveux et parfois des muscles.

La malade qui fait l'objet de l'observation 36 nous montre une éruption d'impétigo de Bockard à *gauche*, côté où la sensibilité était exaltée.

L'observation 63 signale une éruption d'urticaire généralisée, avec maximum très prédominant à *gauche*. L'exaltation sensitive siège de ce côté.

Enfin dans l'observation 57, il s'agit d'éléments d'érythème noueux, apparus sur la jambe *gauche* seule.

La malade était atteinte d'une lésion salpingienne *gauche*, avec hyperesthésie de tout ce côté.

M. Jacquet pense que la relation entre le processus irritatif et la dermatose est indéniable.

L'excitation violente, d'une ou plusieurs régions

riches en nerfs, provoque un ébranlement dynamique dont la résultante peut être très variable, suivant les systèmes organiques, qui pour des raisons diverses entrent plus particulièrement en jeu. Cette interprétation pathogénique serait applicable *pour une part* à de nombreuses dermatoses, érythèmes, pemphigus, lichens, herpès, pelade, eczéma, etc...

Nous avons observé dans le service de notre maître un cas d'eczéma nummulaire dont le cycle évolutif fut plein d'intérêt, et qui est bien fait pour appuyer cette doctrine.

Une jeune femme de 21 ans vient à la polyclinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, avec deux placards d'eczéma nummulaire sur la face dorsale de la main et du poignet *droits*. Ces deux placards de dimensions inégales, une pièce de 5 francs pour l'un, de 2 fr. pour l'autre dataient de *six mois*. En examinant cette jeune femme, M. Jacquet mit à jour les symptômes systématisés suivants : hyperesthésie profonde de tout le segment supérieur *droit* du corps, cou, membre supérieur, thorax, face ; hyperthermie notable du cou et du membre supérieur *droit*. Ces phénomènes en excès, étaient fonction de lésions irritatives dentaires *droites*, deux racines douloureuses à la pression avec rougeur et tuméfaction des gencives correspondantes. M. Gaume-rais extrait ces racines : dans la soirée, crise de prurit à *droite* au voisinage des lésions cutanées. Ce phénomène se renouvelle dans les mêmes conditions à l'occasion d'une seconde intervention dentaire : la mise en état d'une dent cariée non douloureuse à *droite*.

Au bout de trois semaines, ces placards, qui dataient de *six mois*, étaient l'un guéri, l'autre en voie

d'amélioration très notable et très peu après, la guérison fut complète. Le seul traitement externe fut la *continuation* d'une pâte de zine, prescrite antérieurement.

M. Jacquet revit quelques mois après, cette malade l'eczéma avait récidivé au début d'une grossesse accompagnée de gastralgie.

Nous avons observé dans notre entourage, un cas absolument analogue. Une jeune fille de 20 ans, porte sur le dos de la main *droite* un placard d'eczéma numulaire datant de cinq mois. Tous les muscles et nerfs du membre supérieur sont hypersensibles à *droite*. La dent de sagesse *droite* inférieure est en évolution douloureuse depuis plusieurs mois ; chaque poussée est caractérisée par de la douleur locale spontanée et provoquée par le mouvement ; en outre, léger degré de trismus, la dent est recouverte d'un bourrelet gingival rouge et tuméfié. La région sous-angulo-maxillaire est sensible et empâtée. *Or, le placard d'eczéma s'efface et guérit à peu près complètement dans l'intervalle des crises et reparait avec elles toutes les cinq à six semaines.*

Ce dernier fait est d'une précision qui ne laisse aucun doute sur la subordination de ces trois phénomènes :

1° Excitation produite par la poussée éruptive dentaire à *droite*.

2° Hyperesthésie cervico-brachiale *droite*.

3° Eczéma dorsal de la main *droite*.

Il semble donc que l'irritation d'un côté du corps puisse exalter non seulement comme l'a prouvé Brown-Séquard sa sensibilité, mais encore comme l'enseigne M. Jacquet, sa vie organique totale.

Notre maître résume ainsi les conditions qui d'après lui interviennent dans ces cas : 1° un ébranlement irritatif initial ; 2° l'hyperesthésie d'une région ; 3° certains phénomènes vasculaires, thermiques ; 4° le traumatisme cutané par le grattage.

Il invoque pour expliquer la variété des réactions tégumentaires, la variété structurale même de la peau et la multiplicité des éléments et des organes qui peuvent inégalement réagir à l'excitation extérieure et modifier ainsi la qualité anatomo-pathologique et formelle des réactions qu'il nomme des *pruri-traumatides* (1).

Enfin, il est un trouble trophique que nous avons observé avec une très grande netteté. C'est l'*hypertrichose*. Un tuberculeux pulmonaire du côté *droit* avait la sensibilité exaltée sur toute la moitié supérieure correspondante du corps. Une arthrite de même nature, aiguë et très douloureuse de la hanche *gauche* avait amené une hyperesthésie totale du membre inférieur correspondant. Or, fait remarquable, la cuisse *gauche* quoique notablement atrophiée, était le siège d'une hypertrichose très marquée (fig. 2).

M. Jacquet avait déjà signalé antérieurement un fait analogue à celui-ci que nous avons d'ailleurs recueilli dans son service (2).

1. M. Jacquet a longuement développé ces considérations dans son article « Troubles de la sensibilité » in *Pratique Dermatologique*, tome IV, p. 355.

2. JACQUET ET LACASSE. Hypérest. lat. sensor. et neuro-musc. du côté gauche chez un convalescent de fièvre typh., *Bulletin Soc. Hôpit.*, 1900, p. 519.

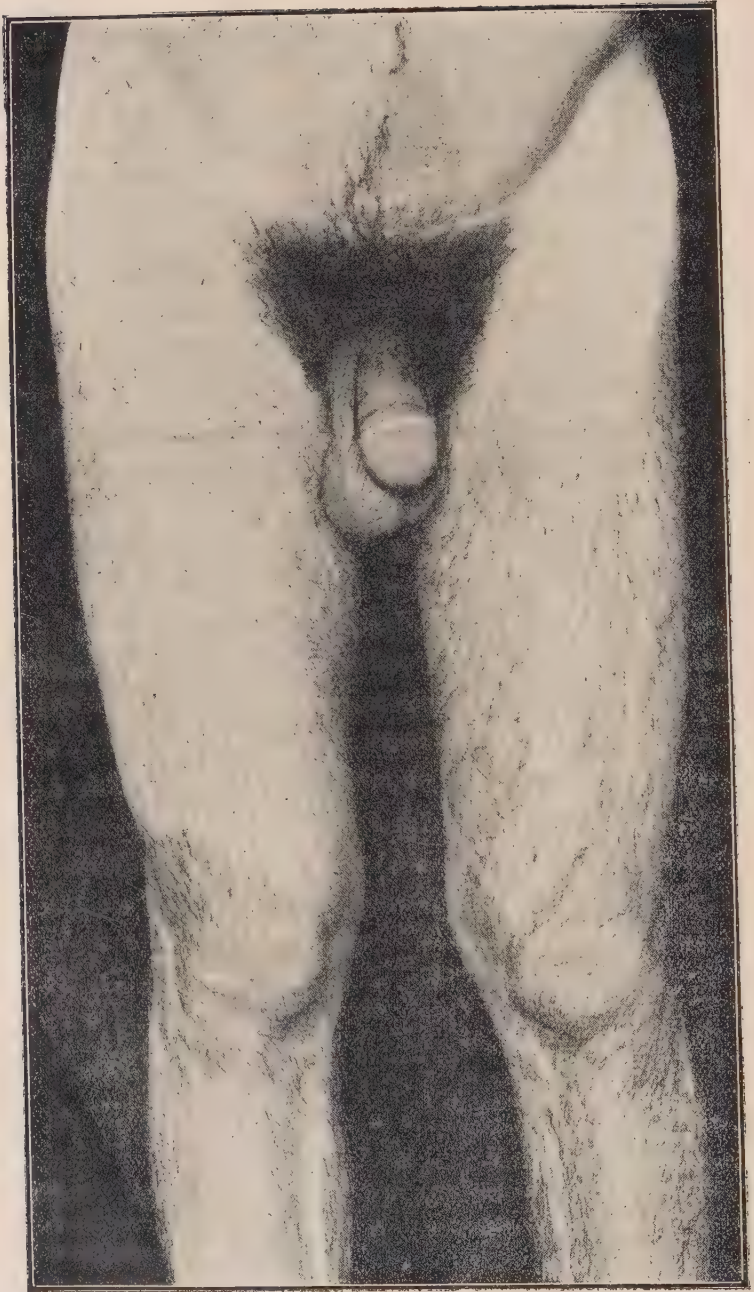


Fig. 2. — Hyperesthésie croisée, hyperesthésie du membre inférieur gauche.
Hypertrichose, du même côté.

I. — PHÉNOMÈNES PUPILLAIRES.

On a objecté à M. Jacquet, que les différences de sensibilité qu'il observait sur ses malades entre les deux côtés, tenaient à quelque vice dans leur exploration respective.

On a parlé de suggestion possible. Nous avons dit plus haut avec quel soin nous procédions à ces recherches. Il nous arrive même quelquefois dans le désir de nous contrôler nous-mêmes, d'exercer des pressions non pas égales, mais évidemment *moins vives*, sur le côté que nos premières investigations nous révélaient hyperesthésié.

Cette objection, nous le répétons n'est point valable. Et voici un phénomène qui, avec beaucoup d'autres déjà décrits, lui échappe en toute évidence: *l'inégalité pupillaire*. C'est bien là n'est-ce pas? un signe éminemment objectif et d'où toute idée de suggestion est nécessairement exclue.

Or, la dilatation pupillaire unilatérale, siégeant du *même* côté que les nombreux troubles nerveux déjà étudiés est très fréquente dans nos observations :

Observations 43, 4, 28, 29, 31, 37, 32, 36, 46, 47, 48, 49, 50, 59, 62, 5, 66, 68, 69, 49 : soit vingt cas.

On sait la valeur clinique et diagnostique de l'inégalité pupillaire, au cours de certaines maladies du système nerveux, tabès, paralysie générale, méningite, etc. Ce symptôme, depuis quelques années, a été l'objet d'études au cours de maladies diverses du poumon de la plèvre, etc.

Récemment, à propos d'une communication de M. Legendre à la Société médicale des hôpitaux : syndrome cholélithiasique et appendiculaire par péritonite sous-hépatique subaiguë, propagée avec inégalité pupillaire ». M. Fernet, s'exprimait ainsi : « Le phénomène de l'inégalité pupillaire n'est pas aussi rare que notre collègue le suppose. Gubler l'avait déjà, il y a quelque 50 ou 60 ans découvert en même temps que la rougeur de la pommette dans les affections aiguës localisées à un côté du corps, notamment dans les pleurésies, les pneumonies, les angines. » Gubler (1) paraît donc être le premier auteur qui ait signalé l'inégalité des pupilles dans les affections à siège unilatéral.

Roques (2) cite un certain nombre de cas de phtisie pulmonaire, altérations caséuses des ganglions bronchiques, pneumonies, pleurésies, péricardites, recueillis dans le service de Parrot, où il a observé l'inégalité pupillaire. Son travail est basé sur 15 observations. Voici ses conclusions :

1° La pupille la plus large, correspond au côté malade

2° Si les deux côtés sont atteints, la pupille la plus large correspond à celui qui est le siège d'inflammation aiguë.

Souques (3), a étudié trois cas d'inégalité pupillaire, au cours de la tuberculose pulmonaire chronique.

Deherain (4), étudie quelques cas d'affections pleuro-

1. GUBLER. *Union médicale*, 1837, p. 452.

2. ROQUES. Note sur l'inégalité pupillaire dans les affections du poumon, de la plèvre et du péricarde. *Société de Biologie*, 17 avril 1869.

3. SOUQUES. *Syndrôme oculo-pupillaire dans la tuberculose du sommet du poumon*. *Société méd. des hôp.*, mai 1902, page 484.

4. DEHERAIN. *L'inégalité des pupilles dans les affections du poumon et de la plèvre*. *Pressé médicale*, août 1904.

pulmonaires accompagnés d'inégalité des pupilles.

Tout récemment enfin, Chauffard et Lœderich (1), ont étudié ce symptôme avec détails, dans sept cas de pleurésie avec épanchement. Voici leurs conclusions :

1° La pupille la plus large correspond presque toujours, au côté de l'épanchement pleurétique ;

2° L'inégalité est très variable d'un jour à l'autre, pouvant même disparaître pour reparaître ultérieurement.

3° Elle cesse définitivement d'être constatable, quand la résorption de l'épanchement est complète. »

Nos recherches concordent sur la plupart des points avec celles de ces auteurs. Mais nous étendons le cadre étiologique de ce symptôme. Nos observations ont en effet trait, à des affections du poumon, de la plèvre, à des angines, auxquelles nous ajoutons des maladies diverses, siégeant sur des organes plus ou moins *éloignés du tronc du sympathique*. Or, on sait que la tendance générale des auteurs, est d'attribuer l'inégalité des pupilles à la compression mécanique du tronc sympathique (2).

1. CHAUFFARD ET LŒDERICH. *Les inégalités pupillaires dans les pleurésies sereuses*. Archives gén. de médecine, mars 1905.

2. Au mois de mai 1904, Vincent apportait à la Soc. méd. des hôpit. un certain nombre de cas d'angine phlegmoneuse avec *rétrécissement* de la pupille du même côté, il semble qu'il y ait contradiction avec nos faits, elle n'est qu'apparente. Il semble, et c'est là l'opinion de M. Jaquet, que dans les premiers stades de l'excitation, la pupille est dilatée, elle se rétrécit ultérieurement, par un mécanisme analogue à l'anesthésie succédant à l'hyperesthésie, c'est-à-dire par épuisement de la fonction ; on rentre de cette manière dans l'expérience de Claude Bernard : section du sympathique au cou amenant le rétrécissement de la pupille du même côté, par prédominance d'action du moteur oculaire commun.

Nos observations se répartissent ainsi au point de vue de l'affection initiale :

Tuberculose pulmonaire chronique	6
Salpingo-ovarites	4
Angines néo-dentaires (par éruption de la dent de sagesse et caries dentaires)	4
Pleurésies avec épanchement	2
Orchites blennorrhagiques aiguës.	2
Appendicite	1
Fièvre typhoïde	1
Diabète sucré.	1

Dans *dix-neuf* de nos cas, la dilatation pupillaire siège du MÊME côté, que l'irritation causale et les troubles sensitifs. Dans un seul, (Obs. 48, diabète sucré) la sensibilité est exaltée à *gauche*, et la pupille correspondante est rétrécie.

Nos dix-neuf cas ont présenté des caractères assez analogues au point de vue de l'apparence pupillaire. On peut ainsi résumer ces constatations.

La pupille la plus dilatée est celle du côté hyperesthésié.

Pour la tuberculose pulmonaire chronique, c'est du côté où les lésions paraissent être *maxima* en étendue.

Cette dilatation pupillaire est variable, elle peut être très large dans certains cas, le double ou le triple de celle du côté opposé.

Dans un cas, la dilatation atteignait des proportions énormes, elle avait tout à fait les apparences d'une pupille en mydriase sous l'influence de l'atropine.

Elle peut être modérée, légère même, telle qu'il est souvent nécessaire de la chercher avec soin, en éclairant bien également les deux yeux, devant une fenêtre

par exemple, et en commandant au malade de regarder fixement un point déterminé, de manière à produire une accommodation égale des deux côtés.

En général, les deux pupilles réagissent bien à la lumière et l'accommodation, l'inégalité persistant.

Dans tous nos cas, l'inégalité des pupilles s'est montrée contemporaine des phénomènes sensitifs, *subissant presque toujours des variations parallèles*. La durée est habituellement celle des troubles de la sensibilité ; ainsi, lorsque l'affection causale guérit, *les pupilles redeviennent égales*.

Dans quelques cas, à la sortie des malades de l'hôpital, l'inégalité des deux pupilles persiste, elle est cependant moins marquée qu'à l'entrée. Ou bien, les phénomènes sensitifs ne sont plus constatables cliniquement, et l'inégalité persiste encore très légère.

Dans un cas où nous avons observé le transfert de l'hyperesthésie, sous l'influence d'une excitation ultérieure à siège opposé, la dilatation pupillaire a diminué, mais est restée localisée au côté primitivement atteint.

Nous observons en ce moment un tuberculeux du service de M. Jacquet chez qui l'inégalité pupillaire a présenté des particularités bien curieuses. Ce malade a des lésions bilatérales : caverne peu étendue à *gauche* infiltration humide de tout le poumon *droit*. Sa sensibilité superficielle et profonde est exaltée dans tout le côté *droit*. Au moment où nous l'examinons pour la première fois, les pupilles sont égales.

Après avoir excité par des investigations répétées son côté *droit* hyperesthésié (cet examen a duré une dizaine de minutes), nous constatons que sa pupille

droite est nettement dilatée. *Le lendemain matin, les pupilles sont redevenues égales.* Nous avons répété cette expérience deux autres fois, avec le même résultat. La troisième fois le résultat fut négatif.

Telle sont nos constatations. Quelle en est l'interprétation ?

Souques, rapportait ce phénomène, à une compression du sympathique, soit directe, soit par l'intermédiaire d'un ganglion. Si cette explication pouvait à la rigueur satisfaire, pour les lésions pulmonaires du sommet, qui par leur siège peuvent directement influencer le sympathique (1), elle ne saurait être proposée pour les cas d'orchite, d'appendicite, de salpingites, éruption de la dent de sagesse ; le sympathique thoracique est loin de ces organes.

D'ailleurs, les oscillations, les variations du phénomène, sa persistance après la ponction comme l'ont montrée Chauffard et Lœderich, plaident contre l'idée d'une compression.

Il semble avec ces derniers auteurs que l'explication de l'inégalité des pupilles, doive être recherchée dans le réflexe décrit par Schiff. *Toute excitation sensitive périphérique provoque la dilatation pupillaire.*

Il est vrai que dans la description classique du réflexe de Schiff, on admet la bilatéralité du phénomène, tandis que dans nos cas une seule pupille se dilate, *celle du côté irrité*. Si donc, comme nous le pensons, il s'agit d'un acte purement réflexe, sa voie centripète doit être cherchée dans les extrémités sensibles du sympathi-

1. C'est du sympathique cervico-thoracique que partent, on le sait, les filets irido-dilatateurs.

que. Dès lors l'unilatéralité du symptôme s'éclaire assez facilement, si l'on tient compte de la première des lois établies par Pflüger, *loi de l'unilatéralité*, les mouvements réflexes se manifestant d'abord du même côté que l'excitation qui les provoque.

L'inégalité des pupilles n'est qu'un signe fonctionnel dont le point de départ est l'irritation des filets sensitifs du sympathique.

Rappelons que Brown-Séquard (1) avait autrefois observé la dilatation pupillaire du côté où il sectionnait le nerf sciatique.

Comme on le voit, l'intérêt de ces dilatations pupillaires unilatérales est considérable, car il s'agit d'un signe *visible* et qui ne prête à aucune idée de suggestion.

1. BROWN-SÉQUARD. *Société de Biologie*, 1869. p. 14.

CHAPITRE IV

Marche. Terminaisons.

Nous avons, dans le cours de l'analyse de nos faits, sommairement indiqué pour quelques-uns des symptômes, leur marche, leur évolution, leur terminaison. Nous y revenons ici pour compléter ces notions.

Les troubles sensitifs, profonds et superficiels, étant le fait le plus important, celui qui paraît dominer tous les autres, on se fera une idée de l'*ensemble*, par l'étude de son mode propre d'évolution.

En général, ces troubles apparaissent d'emblée, et sont contemporains de l'excitation dynamogène causale. C'est à l'entrée du malade, au moment de son examen, que nous les observons le plus souvent. Localisés au début, à certains muscles ou groupes de muscles, nous pouvons les voir peu après, s'étendre et affecter tout un côté. Plus souvent, d'emblée l'hyperesthésie profonde est systématisée et *unilatérale*. Mais il arrive aussi que dès le début, elle se limite, reste stationnaire et elle disparaît sans avoir progressé.

Ces divers phénomènes sont liés, comme nous le ver-

rons plus loin, à l'existence d'excitations, d'irritations locales ; aussi leur durée est très variable et subordonnée à celle de la cause dynamogénisante. Ils peuvent durer quelques jours sans subir de modification notable, dans les affections à évolution rapide telles que pneumonie, orchite, etc. Dans ces cas, l'hyperesthésie est au maximum à la période d'acmé de la maladie, puis subit peu à peu, une régression parallèle aux phénomènes morbides. On pourrait représenter cette marche comme une courbe qui, partie d'un minimum, l'état sain, aboutirait à un maximum, l'état hyperesthésique, puis descendrait progressivement jusqu'à un degré qui est le retour à l'état normal du taux sensitif.

Prenons par exemple, l'observation 34 : orchite blennorrhagique aiguë *droite*, hémi-hyperesthésie superficielle et profonde *droite*. Nous suivons pas à pas et avec la plus grande netteté, la marche des phénomènes nerveux. Entrée du malade le 15 septembre 1904 à l'hôpital, en pleine période aiguë de l'orchite. Il y a hémi-hyperesthésie névro-musculaire et mydriase du côté *droit* ; elles persistent à peu près dans le même état jusqu'au 20 septembre. L'hyperesthésie diminue alors dans la sphère supérieure du corps : sterno-cléido-mastoïdien, trapèze, muscles du membre supérieur. Le 22, l'hyperesthésie superficielle s'est effacée, l'hyperesthésie profonde persiste ; le 30 septembre, celle-ci a notablement diminué aux membres inférieurs et au tronc la mydriase *droite* a disparu.

Même rétrocession graduelle des phénomènes sensitifs dans l'observation 37 : Pleurésie *gauche* avec épanchement séreux, hémi-hyperesthésie profonde *gauche* et hypoesthésie superficielle du même côté.

Entrée de la malade le 22 mai 1904 à l'hôpital, avec un épanchement de la plèvre *gauche*. Exaltation de la sensibilité profonde, diminution de la sensibilité superficielle à *gauche*. Ponction de la plèvre le 23 mai : l'*hyperesthésie* *subit brusquement une forte recrudescence*, l'hypoesthésie cutanée reste au même taux. Le 26 mai, l'*hyperesthésie* a beaucoup diminué au membre inférieur *gauche*; elle est disparue le 28. Le 29, nous ne constatons plus qu'un peu de sensibilité aux branches d'émergence du trijumeau à *gauche*. Le 31 mai, la réaction sensitive est égale des deux côtés.

La marche des troubles nerveux dans ce cas, est calquée sur celle de l'observation précédente.

Remarquons la poussée que *subit l'hyperesthésie* après la ponction, il y a là un incident sensitif frappant que nous essaierons d'interpréter plus loin.

D'autre part, la sensibilité superficielle n'a pas présenté les mêmes troubles dans les deux cas : augmentée dans l'un, elle est au contraire diminuée dans l'autre. Cette apparence paradoxale peut, croyons-nous, être aisément expliquée : quand l'irritation initiale est récente et suffisamment violente, elle intéresse la sensibilité *totale* de tout un côté. La sensibilité *superficielle* paraît être la première qui revient à l'état normal, en passant par un stade intermédiaire qui est l'état hypoesthésique ; la contradiction n'est qu'apparente, le stade *hyperesthésique* est passé inaperçu. L'examen, chez notre premier malade (orchite) a été fait dès le deuxième jour de la maladie, il y avait *hyperesthésie* cutanée; chez notre seconde malade le point de côté initial, début de la pleurésie, datait déjà de *six semaines*.

Voici un autre exemple d'une irritation récente, avec hyperesthésie cutanée et profonde, où les troubles sensitifs subissent un coup de fouet sous l'influence d'une irritation ultérieure du même côté. Un malade entre à l'hôpital le deuxième jour d'un point de côté accompagné de frissons violents : nous trouvons une pneumonie du sommet *droit* avec héli-hyperesthésie profonde et superficielle *droite*. A partir du sixième jour les phénomènes sensitifs commencent à diminuer ; le huitième jour, ascension brusque du thermomètre à 40°, dyspnée, mauvais état général : nous découvrons un nouveau foyer d'hépatisation à la base *droite*, *l'hyperesthésie est redevenue très vive* ; le malade meurt le lendemain. Le premier foyer pulmonaire a été, dans ce cas le centre d'un réflexe excito-sensitif, qui allait peu à peu s'apaisant, quand l'apparition du second foyer, est venu le solliciter de nouveau (Obs. 33).

Voici un autre fait décisif. Un malade, client de M. Jacquet, syphilitique et neurasthénique, se plaignait avec insistance de dysphagie douloureuse localisée à *gauche* ; M. Jacquet reconnut que c'était en réalité *le seul élément subjectif d'une hyperesthésie névro-musculaire fort nette, systématisée à tout le côté gauche*. Ne trouvant rien pour l'expliquer, il pria le Dr Boulay de faire l'examen laryngoscopique de ce malade. M. Boulay découvrit une petite ulcération sur le bord *gauche* de l'épiglotte. Il la cautérisa, elle guérit, *et avec elle disparut l'hyperesthésie de tout ce côté*.

Nous renvoyons à nos observations pour la lecture de faits aussi nets que les précédents.

Dans les affections chroniques à évolution lente, comme la tuberculose pulmonaire, les phénomènes sen-

sitifs subissent moins de variations dans leur état ; comme l'avait observé Weill, ils persistent des semaines, des mois même, puis finissent par s'épuiser. Parfois, au cours d'une poussée broncho-pneumonique, les troubles de sensibilité, pour ainsi dire assoupis, se réveillent, l'hyperesthésie augmente d'intensité ; des troubles thermiques et vaso-moteurs apparaissent.

Aux approches de la mort, il n'est pas rare d'observer une généralisation de l'hyperesthésie dont l'acuité est décuplée ; telle est l'observation 46. Il s'agit d'une femme de 40 ans, tuberculeuse au troisième degré ; l'hyperesthésie était violente du côté *gauche*, le pincement léger du trapèze suffisait pour faire crier la malade. Quelques heures avant la mort, elle s'était généralisée et son intensité était *extraordinaire* (1).

Dans d'autres faits, les troubles sensitifs survivent, quoique diminués, plus ou moins longtemps à l'excitation initiale. Notre maître a vu un malade atteint *dix mois auparavant* d'une orchio-épididymite *droite* : il existait encore de l'hyperesthésie musculaire au membre inférieur *droit*.

Ce qu'il faut retenir de tous ces faits, c'est la relation étroite des troubles sensitifs avec l'irritation organique qui en est le point de départ. Aux variations, aux fluctuations de celle-ci, correspondent des modifications parallèles des troubles nerveux.

Parmi ces variations et ces oscillations, aucune n'est plus curieuse ni plus intéressante que le phénomène du *transfert* hyperesthésique, découvert par M. Jacquet.

1. Voir WEILL, *Loco citato* pour l'étude détaillée de la marche de ces troubles chez les tuberculeux.

LE TRANSFERT HÉMI-HYPERESTHÉSIQUE.

Le phénomène du transfert est bien connu chez les hystériques *anesthésiques*. Voyons en quoi il consiste. « Lorsqu'on applique sur la peau insensible d'une hystérique anesthésique, un agent esthœsiogène actif, la sensibilité reparait au bout de quelques minutes ; elle se montre d'abord dans les points où la peau est en contact direct avec l'agent esthœsiogène, puis elle gagne de proche en proche, de façon à envahir en quelques minutes tout le côté primitivement lésé. En même temps, la sensibilité disparaît progressivement dans le côté qui était sensible au début de l'expérience, de telle sorte qu'en réalité l'anesthésie n'a pas disparu, elle a été transférée d'un côté à l'autre » (1).

La découverte de ce phénomène si curieux, due à Gellé, eut lieu dans les circonstances suivantes : depuis 1849, Burq avait publié un grand nombre de travaux tendant à établir l'existence d'effets physiologiques et thérapeutiques, à la suite de l'application externe des métaux sur le corps humain. Ces recherches restèrent méconnues jusqu'en 1876. Cette année-là, Charcot communiquait, à la Société de Biologie, le résultat de ses recherches sur les hystériques de son service ; il confirmait et étendait celles de Burq. La Société de Biologie nomma une commission composée de Charcot, Dumontpallier, et Luys. Ceux-ci s'adjoignirent pour les recherches spéciales Gellé, Landolt et Regnard. Ce fut Gellé

1. PITRES *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, p. 146, tome I.

qui, au cours de ses investigations, découvrit le phénomène du transfert. Depuis lors, ces faits si intéressants ont été étudiés par plusieurs auteurs et entre autres par M. Debove (1).

Quelle que soit la théorie invoquée pour son explication, il est impossible de ne pas le rapprocher du transfert *hyperesthésique*, tel que nous allons le décrire.

M. Jacquet communiqua le premier fait de cette nature à la Société médicale des hôpitaux (2).

Un tuberculeux, atteint de blennorrhagie subaiguë, a une hyperesthésie névro-musculaire générale, plus marquée à *gauche*. Au cours de son séjour, sans aucune fatigue préalable, *le malade n'ayant pas quitté son lit*, survint brusquement une orchite-épididymite aiguë *droite*.

En même temps que l'orchite sont survenues des arthralgies des membres du côté *droit*, et *l'hyperesthésie névro-musculaire s'est transférée à droite*. Au côté *gauche* où elle prédominait naguère, elle a notablement diminué.

Que s'était-il passé ? Après quelques difficultés, le malade reconnut avoir eu de tenaces érections, *la veille au soir*, sans éjaculation consécutive, et *affirma-t-il* sans masturbation (?). L'écoulement blennorrhagique a sensiblement augmenté.

Trois semaines après, une légère hyperesthésie *droite* persiste. Puis de nouveau, sans traumatisme ni effort particuliers, la douleur testiculaire réapparaît, la sensibilité s'exalte de nouveau à *droite* au membre inférieur. Peu à peu tout s'apaise ; le malade sort de l'hôpital.

1. DEBOVE. *Recherches sur les hémianesthésies*, etc. Société méd. des hôpit., 1879, page 46.

2. L. JACQUET. *Société médicale des hôpit.* 1899, p. 445.

Telle est l'observation « principes » de transfert hyperesthésique.

Le deuxième cas est tout aussi frappant (figure 3).

Un tuberculeux présente des signes de ramollisse-

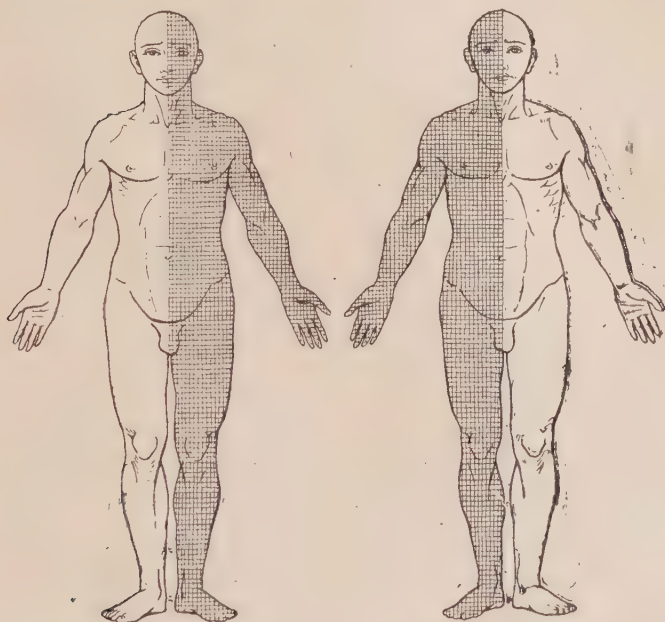


Fig. 3. — L'hyperesthésie profonde primitivement à gauche s'est transférée à droite.

ment au sommet *gauche* ; il n'y a rien à *droite*. Tout le côté *gauche* est le siège d'une hyperesthésie névromusculaire extrêmement vive ; l'exploration de tous les cordons nerveux, des muscles à *gauche* arrache des cris au malade et le fait sursauter ; à *droite* les sensations provoquées sont normales. Le fait de découvrir, simplement le malade suffit à provoquer instantanément la chair de poule à *gauche*, tandis que la peau reste lisse à *droite*. Quelques jours après, on constate

en découvrant le malade, que le phénomène de la « chair de poule » devenu égal des deux côtés au thorax, se produit avec une très grande netteté sur la cuisse *droite* (après excitation du trapèze cervical *droit*). On explore la sensibilité, et on constate avec étonnement que l'hyperesthésie naguère nulle à *droite*, est passée de ce côté. A *gauche* elle a beaucoup diminué.

M. Jacquet cherche la raison de ce transfert. Et il découvre dans l'aisselle *droite* un foyer de râles sous-crépitants fins. Le malade la veille d'ailleurs avait eu un violent point de côté *droit*, et des frissonnements.

Sept jours après, le foyer pulmonaire n'existait plus et l'hyperesthésie à *droite* avait disparu et repris sa localisation primitive à *gauche*.

En somme, dans un premier cas, le syndrome sensitif très net à *gauche*, se transféra à *droite* sous l'action d'une orché-épididymite *droite*. L'orchite guérie, il reprit sa localisation première, pour passer de nouveau à *droite* parallèlement à un réveil de l'orchite.

Dans un second cas, le syndrome très complet à *gauche*, et dépendant d'une lésion pulmonaire de ce côté, se transféra brusquement à *droite*, sous l'influence d'un foyer broncho-pulmonaire aigu limité à la base de l'aisselle *droite*; en quelques jours ce foyer disparut, et le syndrome reprit sa systématisation à *gauche*.

« Les cas de ce genre, disait à ce propos M. Jacquet, ne sont pas isolés dans la pathologie, et le rapprochement s'impose avec les faits de transfert d'anesthésie étudiés, par Charcot Debove, etc. Concluons-nous donc à la nature hystérique des premiers? Contrairement à la tendance de Weill, à la mienne propre, les faits analogues, dits *hystériques*, me semblent appelés peut-être,

à subir un changement d'interprétation. Tous en effet sont dominés par ceux que nous enseigna Brown-Séquard : « une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du côté opposé ; une irritation ultérieure de ce dernier *tire à elle* l'hyperesthésie. »

Ce phénomène si remarquable n'est pas exceptionnel et de notre côté, nous ne l'avons pas observé moins de *quatre* fois (obs. 40, 36, 62, 63).

L'observation 36 est un exemple remarquable de transferts multiples :

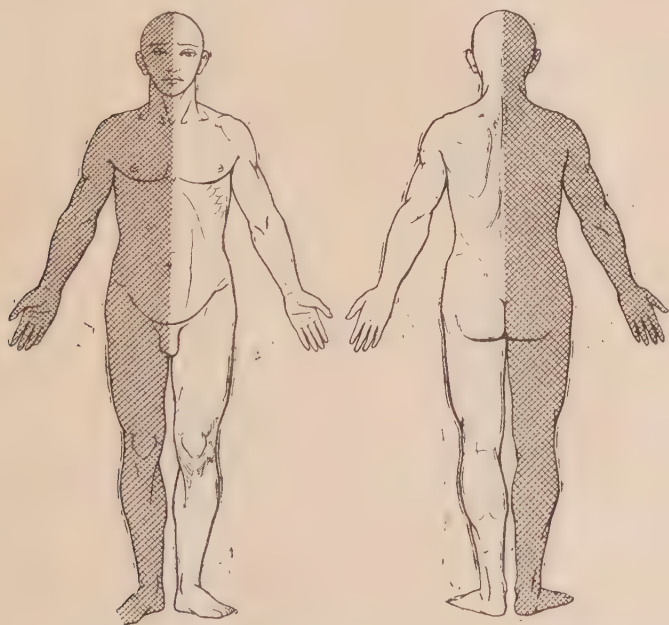


Fig. 4. — Hyperesthésie superficielle et profonde de tout le côté *droit*

La malade âgée de 27 ans, est prise au cours de son séjour à l'hôpital (elle était entrée dans le service de M. Jacquet le 30 juin 1903) d'une pleurésie séreuse *droite*. En même temps, douleurs dans la sphère géni-

tale *droite*, liée à l'existence d'une salpingite subaiguë. L'examen de la sensibilité pratiqué le 2 septembre, au moment du retour offensif de la pleurésie, montre une hyperesthésie superficielle et profonde *droite* (fig. 4). Zone d'hyperesthésie cutanée très vive, à la partie inférieure de l'abdomen à *droite*. Les choses restent en l'état jusqu'au 15 septembre.

Le matin à la visite, on note ce jour-là une fluxion de la joue *gauche* avec rougeur de la joue, de l'oreille *gauches*, et hyperthermie de ces mêmes régions.

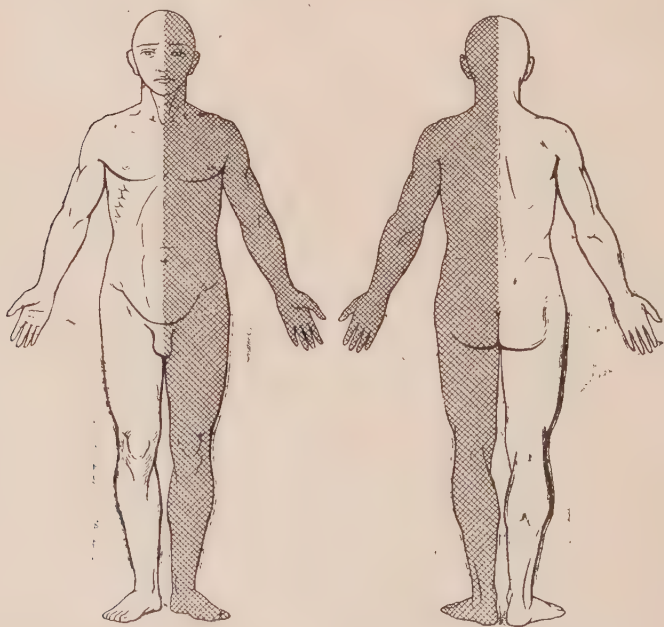


Fig. 5. — Transfert de l'hyperesthésie à *gauche* (même malade).

Nous renouvelons soigneusement l'examen sensitif et nous constatons avec surprise que l'hyperesthésie est passée à *gauche* (fig. 5). La fluxion génienne rendait bien probable l'existence d'un foyer inflammatoire dentaire.

En effet conduite chez le D^r Gaumerais, on lui extrait trois dents atteintes de carie à divers degrés. Examinée après cette opération, la malade est agitée, l'hyperesthésie est générale, mais prédomine à *gauche*. Le calme revient peu à peu, l'hyperesthésie *n'existe plus qu'à gauche*.

Le 1^{er} novembre, la malade se plaint de l'épaule *droite*, sous forme de douleurs assez vives, irradiant dans tout le membre supérieur correspondant. Nous constatons alors : hyperesthésie des branches terminales du trijumeau à *droite*, hyperesthésie superficielle et profonde de tout le côté *droit*, érythrose et hyperthermie faciale. En même temps névralgie sourde de la face à *droite*. On extrait trois racines cariées à *droite*. Les phénomènes sensitifs s'atténuent. Le 4 novembre l'hyperesthésie passe de nouveau à *gauche*, sous l'influence d'une lésion dentaire *gauche*. Le 10 novembre, elle est très diminuée. Le 20 novembre, à la sortie, la sensibilité est égale des deux côtés. »

Ainsi, dans cette observation, nous constatons, sous l'influence d'irritations successives et alternatives d'origine dentaire, que les phénomènes sensitifs d'abord situés à *droite*, passent à *gauche*, puis à *droite*, et enfin reprennent leur localisation première à *gauche*. Les oscillations sont des plus nettes, et leur parallélisme avec les irritations dentaires des plus saisissants.

Même influence dynamogénique des lésions dentaires dans l'observation suivante de transfert (obs. 63).

Une jeune femme de 21 ans, est soignée dans le service de M. Jacquet (juillet 1903) pour des troubles dyspeptiques très douloureux qui paraissent imputables à l'existence d'une lésion ulcéreuse.

L'examen de la sensibilité montre : hypoesthésie cutanée du côté *gauche*, héli-hyperesthésie névro-musculaire du même côté, avec abaissement de la sensibilité du côté opposé.

A la région épigastrique, zone d'hyperesthésie très vive assez large ; on institue la thérapeutique de l'ulcère de l'estomac. L'état général s'améliore, les phénomènes douloureux s'amendent et avec eux les phénomènes sensitifs. Le 6 août éclate une névralgie faciale *droite*, provoquée par une pulpo-périostite aiguë à *droite*. Éruption urticarienne généralisée avec maximum très net à *droite*.

Nous constatons alors que l'hyperesthésie de la zone épigastrique a diminué. *Les troubles sensitifs se sont transférés à droite.*

Le 19 août, la malade ayant refusé toute intervention dentaire, sort de l'hôpital. Les phénomènes hyperesthésiques *droits* persistent, très diminués.

Nous venons d'étudier quelques cas de transfert d'hyperesthésie. Nous renvoyons aux observations pour la lecture des deux autres.

Comme on le voit, il y a une certaine analogie entre le transfert héli-hyperesthésique et le transfert héli-anesthésique. On s'est fondé sur cette identité pour dire à M. Jacquet, qu'il s'agissait là purement et simplement de phénomènes hystériques ; telle était notamment l'opinion de M. Gilles de la Tourette (1). Nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser.

1. GILLES DE LA TOURETTE. *Société médicale des hôpitaux*, 1899, page 458.

La marche, l'évolution, les oscillations de tous ces phénomènes, montrent bien qu'ils sont sous la dépendance d'un trouble purement fonctionnel du système nerveux ou des conducteurs. L'excitation causale disparaissant, il y a *restitutio ad integrum*.

Les choses se passent-elles ainsi dans tous les cas ? Quand l'irritation causale est de longue durée, quand elle est permanente, en vertu de cete loi que le trouble fonctionnel précède la lésion, il peut se produire à la longue, des modifications pathologiques dans la texture des nerfs, de la *névrite*. Ainsi s'explique que, dans notre syndrome, figurent quelques phénomènes qu'on décrit dans les névrites. Ce sont les troubles trophiques. Tel était le cas dans l'observation 55 : Ce malade atteint depuis un an d'arthrite tuberculeuse de la hanche *gauche*, avait une hypertrichose, de l'atrophie musculaire du même côté. Il y avait aussi hyperesthésie névro-musculaire *gauche*.

CHAPITRE V

Etiologie. Causes générales.

Recherchons, si des causes générales : âge, sexe, maladies antérieures, antécédents personnels, héréditaires, peuvent avoir quelque influence dans la genèse de ces troubles nerveux. Nous les appellerons causes adjuvantes ; la cause directe étant l'affection causale, l'irritation nerveuse d'un organe, l'excitation d'un point quelconque de l'économie, d'où part le réflexe excito-sensitif.

La fréquence de ces troubles nerveux est grande, si nous en croyons nos constatations, celles de Leven, de Weill. Leven les trouve 70 fois sur 80 ; et sur ces 70 cas, ils siègent 60 fois du côté *gauche*. Les observations de Leven portaient toutes sur des malades atteints d'affections dyspeptiques.

Weill les constate chez les tuberculeux dans 40 0/0 des cas.

Depuis la fin de l'année 1903, date à laquelle ont débuté nos observations, nous avons réuni une *cinquantaine* de cas. Et si ce chiffre paraît faible, eu égard au nombre considérable de malades que nous avons examinés, c'est que nous n'avons retenu que les cas où les troubles sensitifs

étaient importants et parfaitement systématisés à un côté.

Pour M. Jacquet, c'est là un phénomène d'une grande *banalité*, et à bien prendre les choses un fait *général et nécessaire*. Nous verrons plus loin ce qu'entend par là notre maître.

Nos observations se répartissent de la manière suivante : 46 hommes, 28 femmes. Si la proportion des femmes est faible, cela tient tout simplement à ce que la plupart de nos faits ont été recueillis au service des Barraques de l'hôpital Saint-Louis qui ne comporte que des hommes. Il semble évident *à priori*, d'après ce que l'on sait des réactions nerveuses chez la femme, que ces troubles sensitifs doivent être plus fréquents chez elle.

L'âge de nos malades est variable.

Avant 30 ans	35 cas.
Entre 30 et 40 ans	24 cas.
Après 40	12 cas.
Après 60	2 cas.

Les enfants présentent fréquemment aussi ces troubles sensitifs comme Weill l'a montré dans la thèse d'un de ses élèves.

C'est donc dans la première moitié de la vie qu'ils s'observent avec le plus de fréquence ; ils diminuent de plus en plus avec l'âge ; un seul cas concerne un vieillard de 70 ans.

Nous ne croyons pas utile d'insister sur ce fait, que les réactions vitales et nerveuses en particulier, sont bien plus accentuées dans le jeune âge, c'est là une notion classique, que notre statistique confirme complètement.

Ces troubles en excès de la sensibilité, siégeaient trente-neuf fois à *gauche*, trente et une à *droite*. Leven avait déjà noté cette fréquence des hyperesthésies du côté *gauche* chez les dyspeptiques. Cette prédominance tient probablement à ce fait, que des deux pneumogastriques, le *gauche* prend une plus grande part dans l'innervation de l'estomac. Cette interprétation paraît logique pour les cas d'hyperesthésies systématisés observés chez les dyspeptiques ; il faut y ajouter d'autres faits mis en lumière par certains auteurs tendant à montrer que le côté *gauche* a en général, une sensibilité plus grande que celle du côté *droit*. Les anesthésies chez les hystériques s'observent beaucoup plus fréquemment à *gauche* qu'à *droite* (1). M^{lle} Joteyko (2) a montré que chez les sujets sains, le côté *gauche* est en général plus sensible. Rapprochons de ces faits, les observations du D^r Molle (3) montrant que chez la plupart des individus il existe une inégalité de résistance entre les deux côtés, qui favorise la localisation des

1. BRIQUET, *Traité de l'hystérie*.

2. M^{lle} JOTEYKO, *Dictionn. de Physiol.* de Ch. Richet, article Fatigue.

3. MOLLE. *L'homme droit et l'homme gauche au point de vue pathologique*, chez Maloine.

Le D^r Molle a montré que 72 0/0 des individus pour dormir à leur aise dans le décubitus latéral choisissent le côté droit, 28 0/0 le côté gauche. Il admet que c'est l'hyperesthésie normale du côté gauche qui empêchent chez les premiers le décubitus latéral sur ce côté. Cette hyperesthésie se traduit aussi par de la douleur à la pression des muscles, des nerfs et des organes. Il montre aussi que les lésions spontanées ou provoquées se distribuent de préférence dans le côté hyperesthésique. Ainsi les cas de varices, tumeurs blanches, tuberculose testiculaire, éruptions artificielles, eczéma, cancer du sein sont beaucoup plus fréquents du côté gauche.

lésions morbides dans l'un ou l'autre de ses côtés. Il y a là un ensemble de notions qui permettent de comprendre en partie la prédominance des troubles divers pour le côté *gauche*.

Antécédents. — Nous avons noté avec soin les antécédents personnels et héréditaires de nos malades. Les premiers sont nuls ou à peu près, dans 15 cas. Nous remarquons dans les autres la rougeole 10 fois, la scarlatine 4 fois, la variole 2 fois; dans 8 cas il y a des convulsions de l'enfance, des états morbides qualifiés méningites.

Mais ce qui revient avec une fréquence particulière dans les antécédents personnels, c'est l'*alcoolisme chronique* (intoxication par le vin, les liqueurs et l'absinthe). A ces excès de boisson, s'ajoutent souvent les excès vénériens.

Aussi, le caractère de ces malades est d'une impressionnabilité extrême. Ce sont, comme on dit, des « nerveux ». Sur des centres ainsi préparés, les excitations souvent les plus faibles et les plus banales, sont facteurs de désordres nerveux nombreux et divers.

La recherche des antécédents *héréditaires* est venue souvent, compléter dans le même sens celle des antécédents personnels. Nuls dans un tiers des cas, au moins apparemment, ils nous révèlent presque toujours : l'alcoolisme paternel, la folie chez l'un ou l'autre des ascendants, les crises de nerfs, l'épilepsie chez les collatéraux, la tuberculose, la syphilis souvent. L'influence de la *tuberculose* sur ces terrains provoque dans certains cas de vrais désastres. Associée à l'*alcoolisme*, elle est cause de ravages effrayants dans la descendance. Dans l'observation 38, le père est un alcoolique

invétéré; il a eu 9 enfants dont 7 sont morts de méningite tuberculeuse en bas âge. Dans l'observation 59, le grand-père alcoolique avec « de mauvaises colères » a été interné; le père est un alcoolique, la mère à des crises de nerfs : la descendance se ressent de générateurs aussi tarés. Un frère 27 ans tuberculeux; 7 frères et sœurs morts en bas âge de convulsions. Ces faits si attristants, sont suggestifs, aussi, et vont nous servir à l'édification d'une pathogénie rationnelle.

CHAPITRE VI

Pathogénie

Tentons maintenant une interprétation de ces faits. J'en rappelle d'abord les traits principaux dans une vue d'ensemble.

On observe souvent des troubles de la sensibilité dont la caractéristique essentielle est la *systématisation* :

- 1° A un seul côté.
- 2° Aux deux membres inférieurs.
- 3° A un seul membre supérieur ou inférieur.
- 4° Au cou, à la face, au tronc, d'un seul côté.

Ces troubles sont : l'hyperesthésie *profonde*, des muscles, des troncs nerveux, des articulations, des os à laquelle s'associent presque toujours des modifications de la sensibilité *superficielle*, hyperesthésie, hypoesthésie ou anesthésie, du même côté ou du côté opposé. Autour de ces troubles sensitifs, viennent se cristalliser pour ainsi dire, un ensemble plus ou moins variable de phénomènes connexes, *vaso-moteurs*, *thermiques*, *moteurs*, *trophiques*, *cutanés*, *pupillaire*, etc., siégeant du MÊME côté qu'eux.

Ces troubles sont d'ordinaire ignorés des malades : c'est l'exploration méthodique qui les met en relief. Ils sont sujets à des variations multiples, en intensité, en étendue, d'un jour ou d'un moment à l'autre ; ils s'étendent, s'effacent et sont susceptibles de TRANSFERT.

Les affections au cours desquelles on observe cet ensemble phénoménal sont extrêmement nombreuses et diverses ; orchites, salpingites, angines, tuberculose pulmonaire, pleurésie, etc., évoluant sur un terrain organique taré, sur un système nerveux déséquilibré.

Une question se pose inévitablement : qu'y a-t-il de commun à ces phénomènes systématisés, à leurs variations, à leurs métamorphoses ? Quelle est leur mécanisme ? En un mot, quelle pathogénie devons-nous invoquer pour l'explication de ces troubles ?

On les a rapprochés des troubles sensitifs systématisés analogues, étudiés chez les hystériques et on a dit : ce sont des phénomènes imputables à l'*hystérie*.

Leven qui avait observé ces troubles de sensibilité chez les dyspeptiques les attribuait à des réflexes partis du plexus solaire irrité. Et dans les cas où, à l'hyperesthésie d'un côté, s'associait l'*anesthésie* de l'autre, il reconnaissait la signature de la grande névrose.

Weill après lui, se range à cette opinion. Ayant observé le rétrécissement concentrique du champ visuel, il est conduit à invoquer « une modification du système nerveux analogue à celle qui caractérise l'hystérie ». Weill, discute cependant cette hypothèse ; il fait remarquer avec raison, que ses malades n'ont jamais présenté de phénomène paroxystique ou convulsif, « ils sont réfractaires à l'hypnotisme, à la sug-

gestion ; leur état mental ne rappelle en rien celui des hystériques avérés, ni par la mobilité, ni par la tendance à l'exagération, ni par le besoin de fixer l'attention (1). »

Il semble pour Weill qu'il s'agisse d'une hystérie *spéciale*, réduite comme expression à quelques stigmates de forme anormale, et incapable d'évoluer à la façon de l'hystérie classique. Le point de départ de l'excitation des centres sensitifs, résiderait dans les extrémités terminales des filets nerveux pulmonaires.

Comme on le voit, l'hypothèse de l'hystérie ne donne pas toute satisfaction à Weill, et pour fortifier son argumentation, il est obligé de supposer une hystérie « spéciale ».

M. Jacquet crut aussi, au début de ses recherches, à la nature hystérique de ces troubles sensitifs. Commentant l'observation d'un malade atteint d'hémi-hyperesthésie profonde avec hémi-parésie et hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle du même côté *gauche*, il disait : « On ne saurait admettre la nature hystérique de ces faits, sans faire remarquer que l'état de la sensibilité sous-cutanée, est précisément l'inverse de ce que l'on voit dans l'immense majorité des faits de ce genre. Et cependant, je ne connais pas, pour ma part, d'autre supposition admissible (2). »

Mais plus tard, il abandonna cette manière de voir. En 1899, communiquant l'histoire d'un malade dont l'hyperesthésie névro-musculaire *gauche* s'était transférée à *droite* à la suite d'un orchite du même côté, il disait : « Contrairement à la tendance de Weill, à la

1. WEILL, *loco citato*, page 452.

2. JACQUET. *Bulletins de la Soc. méd. des hôpit.* 1897, page 1176.

mienne propre et à celle de Jeanselme, je suis médiocrement porté aujourd'hui à admettre la nature hystérique de ces troubles nerveux ; et bien plutôt, les faits analogues dits *hystériques* me semblent appelés, peut-être, à subir un changement d'interprétation. Tous en effet, sont dominés par ceux que nous enseigne Brown-Séquard en des recherches trop oubliées sur l'inhibition et la dynamogénie ».

M. Gilles de la Tourette, lui, préféra invoquer l'hystérie.

Et M. Jacquet de répondre : « Ce qui, dans le cas que j'étudie en ce moment, me paraît essentiel, c'est le déplacement du syndrome hyperesthésique sous l'influence d'une irritation récente. Or cela se superpose exactement aux faits *physiologiques*, trouvés par Brown-Séquard. Constaté cela, c'est rester sur le terrain des faits. Dire que c'est de l'hystérie n'éclaire pas la question davantage. » (1).

L'interprétation des phénomènes hystériques est pleine encore de vague et d'obscurité. Invoquer, comme Weill, une hystérie « spéciale », c'est épaissir cette obscurité, et reculer les limites de notre ignorance. On a trop tendance en médecine, quand un phénomène est peu clair, à faire appel à l'hystérie. C'est une solution commode, mais insuffisante.

A notre tour nous posons la question : les phénomènes nerveux systématisés que nous avons étudiés doivent-ils être rapportés à l'hystérie ?

Rien, dans la lecture attentive de nos observations, ne vient corroborer cette assertion. Rien en effet, avant l'affection qui motivait leur entrée à l'hôpital, ne clas-

1. L. JACQUET. *Société médic. des hôpitaux*, 1899, p. 452.

sait nos malades comme hystériques : pas d'antécédents, crise de nerf, paralysie, contractures ; pas de stigmates : héli-anesthésie en îlots, anesthésie conjonctivale, pharyngée, rétrécissement concentrique du champ visuel, troubles sensoriels, etc... Bref aucun des stigmates classiques de l'hystérie. Voilà donc une première raison qui empêche nos faits de s'adapter au cadre de la grande névrose.

Considérons, d'autre part, les notions les plus récentes sur l'interprétation des phénomènes hystériques, notions dues à M. Babinski, et voyons si elles peuvent nous fournir la solution du problème.

M. Babinski propose la définition suivante : « L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve, capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs, et accessoirement par des troubles secondaires.

Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par *suggestion* avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la *persuasion*.

Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs, » et plus loin il conclut : « mais si l'on continue à appeler hystériques ces troubles dont la propriété essentielle est leur dépendance intime de la suggestion et de la persuasion, il est logique de refuser cette épithète, à des manifestations qui n'ont pas cet attribut. Il est logique, en effet, de ne pas désigner par un même mot deux choses profondément différentes. »

La série des accidents nerveux et autres que nous

avons étudiés entrent-ils dans la définition de l'hystérie; telle que la conçoit M. Babinski ?

Non, évidemment.

Les troubles sensitifs, hyperesthésie profonde, des troncs nerveux, des muscles, des articulations, des os, etc., nous avons déjà insisté sur ce point à plusieurs reprises, sont presque toujours des phénomènes *objectifs*. C'est l'exploration méthodique des muscles, des troncs nerveux, etc., qui les met en évidence; le malade n'en a nulle conscience. C'est nous qui, par nos manœuvres, lui révélons une manière d'être de sa sensibilité, un état sensitif qu'il ignore totalement. Et nous avons dit quelles précautions nous prenons pour provoquer des sensations comparables entre elles, et quel riche cortège de phénomènes *visibles* et *tangibles* vient se juxtaposer au trouble sensitif. Nous sommes, comme on le voit, aux antipodes du domaine de la suggestion.

La persuasion est-elle capable de modifier ces sensations et de les faire disparaître ? pas davantage. Des phénomènes tels que, l'inégalité pupillaire, le myoœdème, l'hyperesthésie musculaire au passage du courant électrique, l'hyperthermie, l'érythrose, l'herpès etc., etc., ne peuvent pas être influencés ou disparaître par le seul effort de la volonté.

Donc qu'on s'en tienne à la conception générale et si vague de l'hystérie, ou qu'on adopte la doctrine limitative de M. Babinski, nous sommes en dehors du domaine hystérique.

Tâchons donc, si possible, de mettre un *fait* à la place d'un *mot*.

Or, si nous cherchons *ce qu'il y a de commun* en tous ces faits cliniques, une considération va rapidement

s'imposer à nous avec une force croissante, c'est que, notre exposé clinique l'a déjà fait prévoir, nous trouvons avec une fréquence bien de nature à nous impressionner, bien suggestive, *une lésion plus ou moins brusque, en ACTIVITÉ, du même côté que ces troubles.*

Consultons nos observations, et nous y verrons chaque fois, au-dessous pour ainsi dire des troubles sensitifs divers, des phénomènes connexes, une lésion unilatérale du même côté qu'eux : orchite, salpingite, pneumonie, pleurésie, éruption dentaire, appendicite, otite aiguë, lésions broncho-pulmonaires limitées, etc., etc.

Devant ces constatations répétées, force nous est de voir un lien entre cette irritation *unilatérale* et les phénomènes sensitifs ou autres que nous observons du *même côté*. On peut donc dire, qu'en certaines conditions de brusquerie ou de violence, une lésion retentit plus ou moins sur le côté où elle siège, sous forme de manifestations multiples, et dont la variété phénoménale est tout entière sous la dépendance du tissu qui réagit : « Un grand nombre de phénomènes pathologiques très divers ont pour cause une incitation banale qui peut être identique pour des troubles différents, ou différente pour des troubles identiques : il faut, dans ces cas transférer la notion de spécificité, de l'incitation pathogène qui est banale, aux tissus et organes qu'elle actionne, et *qui eux, sont différenciés.* » Telle est la conception de M. Jacquet (1).

Elle se vérifie de plusieurs manières :

1° D'abord, par le nombre même des faits. Ils sont

1. L. JACQUET, *Angine, pelade, névralgie occipitale. Société médicale des hôpitaux*, 29 avril 1904.

extrêmement nombreux, et dans nos observations la relation entre la lésion et les phénomènes sensitifs est indiscutable. Si tous n'ont pas la précision saisissante de quelques-uns de ceux que nous rapportons, ils n'en existent pas moins, réduits plus ou moins dans leur expression phénoménale.

2° Les oscillations de ces troubles nerveux viennent encore souligner fortement la dépendance étroite entre la lésion irritative et les phénomènes unilatéraux qui les accompagnent. Quelques exemples tirés de nos observations vont le montrer à nouveau :

Dans l'observation 37, l'hyperesthésie profonde est à un taux donné, une irritation ultérieure l'exalte encore plus vivement. Le malade est atteint de pleurésie séreuse *gauche*, les premiers signes datent de six semaines. Au moment où nous l'examinons pour la première fois, il y a hyperesthésie névro-musculaire *gauche*, et hypoesthésie superficielle du même côté. On fait la thoracentèse, et aussitôt après on trouve l'hyperesthésie profonde *plus vive* qu'avant. En même temps la sensibilité superficielle qui était diminuée, *s'exalte*. Cette exaltation est momentanée ; le lendemain, l'état sensitif est revenu à son taux antérieur. Le traumatisme de la ponction, peut-être les nouvelles conditions du milieu pleural créées par la soustraction du liquide, ont été dans ce cas agent d'exaltation momentanée de la sensibilité. *En tous cas, le parallélisme entre les deux faits : ponction, et hyperesthésie est des plus nets.*

Un pneumonique du sommet *droit* a une exaltation de la sensibilité du même côté. La maladie suit son cours normal vers la guérison, l'intensité de l'hyperesthésie suit une marche parallèlement descendante.

Brusquement nouveau foyer d'hépatisation à la base du même côté, et *l'hyperesthésie profonde redevient très vive.*

Une des conditions qui permettent, usuellement et nettement, d'observer le mieux ces variations sensibles, est l'intervention dentaire ; c'est une des raisons qui ont fait dire à M. Jacquet que « chacune des interventions dentaires constituait une véritable expérience *in anima nobili.* »

Dans l'observation suivante, on verra l'influence œsthiogène répétée de l'extraction dentaire. Une malade atteinte de pleurésie *droite*, a une hyperesthésie profonde et superficielle du même côté. Une pulpite aiguë de la deuxième molaire inférieure *gauche* amène le transfert des phénomènes sensitifs, thermiques, vaso-moteurs au côté *gauche*. Nous pratiquons l'examen de la sensibilité avant l'intervention dentaire : M. Gaumerais arrache la dent malade. Après l'opération, la malade est nerveuse, agitée ; la sensibilité profonde est exaltée des deux côtés avec prédominance nette pour le côté *gauche* ; le lendemain l'orage est apaisé.

De nouveau, l'extraction d'une dent cariée douloureuse à *gauche* exalte la sensibilité de ce côté ; l'hyperesthésie du cuir chevelu est en particulier très vive. Zones d'hyperesthésie douloureuse à la région sous-mamelonnaire *gauche*. Douleurs spontanées au bras, à l'épaule *gauches* ; les phénomènes sensitifs s'atténuent rapidement

Une carie de la première molaire inférieure *droite* fait éclater une névralgie faciale du même côté, et avec elle exalte la sensibilité de tout le membre supérieur *droit*. Le Dr Gaumerais extrait la dent malade et deux racines, les phénomènes sensitifs s'apaisent peu à peu.

Et quand on a ôté à la malade toute cause d'irritation, sa sensibilité revient à l'état normal.

L'intervention thérapeutique dans ce cas et bien d'autres, a réalisé une véritable *expérience clinique*, scientifique et bienfaisante à la fois.

3° Le TRANSFERT est lui aussi, un phénomène frappant et d'une haute portée, pour nous faire saisir avec évidence les relations étroites de la *lésion irritative* et des troubles nerveux systématisés. Nous l'avons étudié dans le chapitre précédent. Nous avons vu une hyperesthésie névro-musculaire *gauche*, liée à une lésion tuberculeuse du sommet *gauche*, se transférer à *droite* sous l'influence d'une orchite aiguë blennorrhagique du côté *droit*.

Un autre malade, dont la sensibilité est exaltée à *gauche* à la suite d'une tuberculose du sommet *gauche* a un foyer récent et aigu de broncho-pneumonie, et les phénomènes sensitifs se déplacent et se transportent *du même côté*.

Il résulte de tous ces faits : grand nombre de nos observations, variations, oscillations, transfert des phénomènes hyperesthésiques ; atténuation, disparition à la suite d'une intervention thérapeutique, *que tous ces troubles nerveux sont intimement liés à l'excitation initiale* dont le siège, la brusquerie, la violence, l'étendue, le taux sensitif du sujet, commandent la fixation et l'intensité.

4° L'expérimentation clinique va nous fournir encore des preuves décisives de la dépendance de ces troubles nerveux avec l'irritation causale.

Sur les conseils de M. Jacquet, nous avons souvent fait l'expérience suivante : chez un tuberculeux, dont

la sensibilité profonde est exaltée dans tout le côté *droit* (c'est de ce côté qu'est la lésion), nous prenons notion aussi exacte que possible de l'hyperesthésie. Les pupilles sont égales. Nous lui recommandons le calme et l'immobilité absolue. Quelques heures après, le taux sensitif s'est abaissé, l'hyperesthésie est certainement un peu moins marquée.

Nous remuons alors le malade ; il marche dans la salle ; il tousse à plusieurs reprises. L'exploration montre alors *que l'exaltation sensitive de tout son côté est plus vive*. Et, phénomène bien remarquable, les pupilles, maintenant, sont inégales ; celle qui correspond au côté hyperesthésié est *dilatée*.

Voici un autre fait bien démonstratif. Nous examinons avant de l'envoyer à la douche tiède, une malade dont la sensibilité est exaltée à *gauche*. il y a de ce même côté une lésion dentaire en activité ; la malade est au repos au lit depuis la veille. Nous l'examinons immédiatement après la douche (pour y aller elle a dû descendre deux étages et les remonter) et nous constatons les modifications suivantes :

1° La température de tout le côté *gauche* est nettement plus élevée que celle du côté *droit*, il n'y avait aucune différence avant.

2° La joue et l'oreille *gauches* sont plus rouges et plus chaudes que celles du côté *droit*.

3° La raie vaso-motrice est plus étalée, plus persistante à *gauche*.

4° La sensibilité des muscles et des troncs nerveux à la pression est plus vive à *gauche* qu'avant. Le surlendemain, la lésion dentaire est moins douloureuse, la sensibilité de tout le côté *gauche* a diminué (Obs. 36).

Une autre malade a une hyperesthésie systématisée à *gauche*, liée à plusieurs causes d'excitation : lésion dentaire *gauche* en activité, lésion annexielle *gauche*, constipation rebelle. M. Jacquet explore la dent malade à l'aide d'un stylet avant de l'adresser à M. Gauthier. L'examen a duré quelques minutes, et nous constatons alors une *érythrose* et une *hyperthermie* très marquées de la joue *gauche* qui n'existaient pas avant l'exploration. La sensibilité des branches terminales du trijumeau est nettement plus exaltée qu'avant.

Enfin, les phénomènes nerveux que nous avons étudiés se superposent admirablement aux expériences trop oubliées de Brown-Séguard sur les animaux. Ils sont, dans le domaine clinique, la confirmation entière et complète de ces expériences. Et ici, reconnaissons-le avec M. Jacquet, la physiologie a devancé la clinique.

Ces expériences de Brown-Séguard sont extrêmement nombreuses, et comme elles sont indispensables à la compréhension de ce qui va suivre, nous les exposerons d'ensemble (1).

En des publications nombreuses, dans des communications à la Société de biologie, à l'Académie des sciences, Brown-Séguard montra que des *irritations périphériques unilatérales* : sections de nerf, sections de la peau; application de substances corrosives sur les téguments, chloroforme, acide sulfurique, chlorhydrique, chlorure de méthyle; vésication de la peau; injection

1. Nous renvoyons pour le détail de quelques-unes de ces expériences et les indications bibliographiques à un appendice, qu'on trouvera à la fin de ce travail.

sous-cutanée d'acide prussique, irritations du conduit auditif externe (1), etc etc, déterminent du côté correspondant à l'excitation, les phénomènes les plus variés de *dynamogénie* : hyperesthésie de la peau, des muscles, des troncs nerveux, contractures, mouvements convulsifs, hypersécrétion de glandes, etc., et du côté opposé des phénomènes *d'inhibition*, anesthésie, paralysie, etc.

Les mêmes phénomènes unilatéraux de *dynamogénie* ou d'inhibition se produisent dans le cas d'irritations centrales, médullaires ou cérébrales : section de la moelle, section du pondécule cérébral, etc.

Ils sont susceptibles de se transférer d'un côté à l'autre, sous l'influence d'une irritation ultérieure de ce dernier.

Et du bloc de toutes ses expériences, Brown-Séquard tirait les conclusions importantes que voici :

« 1° Une irritation quelconque du système nerveux exalte la sensibilité du même côté, l'abaisse de l'autre; une irritation ultérieure, *tire à elle* l'hyperesthésie.

2° Il n'est guère possible d'irriter une partie sensible de l'organisme sans modifier plus ou moins complètement l'équilibre dynamique de la presque totalité du système nerveux. »

Et Brown-Séquard cherchant à pénétrer le sens intime de tous ces phénomènes ajoute : « Il y a une sorte de rupture d'équilibre dans le degré d'énergie des

1. Rappelons-nous l'auto-observation de M. Jacquet, et tous les symptômes sensitifs, cutanés, thermiques et autres systématisés observés par notre maître sur lui-même, à la suite d'une irritation de son conduit auditif externe (Voir *Festschrift* de Kaposi. Wien., 1900).

propriétés ou dans les activités des diverses parties du système nerveux, rupture qui se manifeste par la perte ou la diminution de puissance en d'autres. C'est une question non encore résolue de savoir si, *ce qui se perd en un point* n'est pas *ce qui se montre en excès dans l'autre*, et si en réalité, il n'y a pas simplement *déplacement de force* (1). »

Avant Brown-Séquard, plusieurs physiologistes, en des recherches délicates avaient entrevu cette dernière proposition de l'illustre physiologiste. En 1854, Hoppe (2), avait remarqué que si l'on pince énergiquement la joue ou l'index d'un côté, on détermine une diminution notable de la sensibilité sur les points symétriques de l'autre côté. Rumpf (3) montrait quelques années plus tard, répétant les expériences de Hoppe, que l'excitation d'une région cutanée quelconque, produit l'abaissement de la sensibilité de la région correspondante du côté opposé. Adam Kiewicz (4) et Adler (5) sont arrivés à des résultats identiques.

Qu'il s'agisse des résultats expérimentaux de Brown-Séquard, des observations que nous apportons, ils se ramènent tous en dernière analyse, à la notion de *dynamogénie* mise en lumière par le célèbre physiologiste.

Nous pouvons donc dire, que l'observation clinique,

1. BROW-SÉQUARD, *Gazette de méd. et de chirurg.* Janvier 1882, n° 5.

2. HOPPE, anal. in *Canstatt's Jahresh.* 1859, BD1, page 189.

3. RUMPF. Cité par Ch. Richet. *Recherches cliniques et expérimentales sur la sensibilité*, Th. Doct. 1877.

4. ADAMKIEWIEZ, *Werh der Berlin Physiol Gesselsche*, 12 avril 1878, in *Dubois Reymond's archiv fur physiologie*.

5. ADLER, *Ein Beitrag zur lehre von der bilateralem fonctionen*, Ithaugur. Dissertat. Berlin 1879.

la clinique expérimentale, la thérapeutique et l'expérimentation proprement dite, se superposent admirablement et harmonieusement pour nous montrer l'étroite relation de tous ces phénomènes nerveux, avec une *lésion* ou une *irritation*, et nous conduisent à admettre cette proposition fondamentale : Toute excitation, surtout quand elle se produit en certaines conditions de brusquerie et de violence, exalte la *sensibilité*. C'est là pour notre maître un fait GÉNÉRAL.

C'est aussi un fait NÉCESSAIRE, car toute excitation qui impressionne les centres, si elle ne détermine pas chaque fois des troubles nerveux, n'est pas perdue, elle est enregistrée, elle s'accumule avec d'autres antérieures, jusqu'au moment où ces centres arrivés pour ainsi dire à leur limite de charge, sont le point de départ de réactions disproportionnées avec l'incitation initiale. C'est l'*addition latente*, la *sommation*, que nous allons retrouver plus loin.

Ces excitations peuvent être périphériques, centrales, viscérales.

C'est le plexus solaire irrité chez les dyspeptiques qui provoque les faits de dynamogénie et d'inhibition sensitives étudiés par Leven.

L'excitation des filets nerveux pulmonaires, et surtout d'après M. Jacquet, celle des *ganglions sympathiques*, provoque les troubles sensitifs unilatéraux étudiés pour la première fois par Weill chez les tuberculeux.

Les causes d'excitation étudiées par notre maître et nous, siègent sur tous les organes : *poumon, plèvre, foie, testicule, ovaire, système dentaire* etc. Les irritations qui partent de la surface gastro-intestinale influencent et modifient les centres nerveux. Les lésions entéro-

péritonéales sont parmi les plus dynamogénisantes. L'appareil utéro-ovarien est le point de départ de troubles nerveux extrêmement nombreux et variés.

Au total, par une masse de faits placés en série logique, nous sommes conduits avec M. Jacquet à admettre que si les nerfs viscéraux sont les plus dynamogénisants, il faut généraliser encore et reconnaître là une véritable loi biologique : *Toute excitation exalte isolément ou totalement les diverses modalités de la faculté de sentir du côté du corps où elle siège.*

Mais, outre ce qu'implique la loi de Brown-Séguard, la *sensibilité* n'est pas seule en cause dans le retentissement des irritations pathologiques, il semble bien que la réaction en excès ou défaut puisse porter sur *tous les modes de la vie organique* (1). Nous avons en effet étudié et décrit, toute une série de phénomènes connexes accompagnant les troubles sensitifs, et siégeant du *même côté* qu'eux, hyperthermie, érythrose, parésie, exagération de la sensibilité électrique des muscles, symptômes pupillaires, cutanés, etc., etc., et montré leur relation avec l'excitation initiale. Ce qui est bien de nature à nous faire admettre le bien fondé de la formule de M. Jacquet.

Ici une objection grave : les phénomènes qui prouvent le retentissement sur les centres nerveux d'une lésion irritative quelconque sont fréquents, mais *non constants*. Comment expliquer qu'une même cause d'excitation, chez deux individus, ait un résultat si dissimilable ? En d'autres termes, les causes d'excitation que nous avons observées au cours des maladies les plus

1. L. JACQUET. *Troubles de la sensibilité*, in *Pratique Dermat.*, p. 337.

banales, pneumonie, pleurésie, orchite, salpingite, éruption dentaire, etc., etc..., *ne provoquent pas dans tous les cas ce syndrome de troubles nerveux.*

Diverses considérations peuvent, croyons-nous, répondre à cette objection.

1° Nous avons montré (et insisté sur ce point) que ces troubles nerveux sont le plus souvent *objectifs*. Le malade les ignore et n'attire pas notre attention sur eux. Il faut l'intervention de nos manœuvres pour les mettre en évidence, et quand ils sont visibles, tangibles, comme l'inégalité pupillaire, l'hyperthermie, etc., on méconnaît souvent le lien qui les relie à la lésion initiale et les autres troubles.

Ils peuvent être aussi tellement réduits dans leur expression objective ou subjective, que ni nos sens, ni nos appareils enregistreurs ne sont suffisants.¹

Il y a dans ces cas une difficulté d'exploration, d'enregistrement, d'évaluation de ces phénomènes qui peuvent nous les faire méconnaître ou mal interpréter.

2° Considérons maintenant les faits qui nous montrent un perpétuel et *réci-proque* échange d'impressions entre les centres nerveux, les tissus, les viscères, les terminaisons sensorielles et cutanées, et qui conduisent à admettre, entre périphérie et centres, une véritable *circulation nerveuse à circuit fermé* (1). Ils nous inclinent à penser que dans ce circuit fermé l'excitation circule et par suite s'accumule. Cette loi de l'addition latente, de la *som-mation*, joue en biologie générale un rôle considérable et trouve en pathologie de continuel-

1. L. JACQUET. Article *Troubles de la sensibilité*, in *Pratique Dermato*, page 386.

les applications : *Des excitations qui, isolées, paraissent impuissantes, deviennent efficaces quand elles s'accumulent, car elles ont, malgré leur inefficacité apparente, augmenté l'excitabilité de l'organisme* (1).

Si toutes les excitations ne sont pas aptes à produire les retentissements nerveux que nous avons étudiés, la loi de *l'addition latente* nous permet de l'expliquer. Il faut l'existence d'un état statique du système nerveux dont la tendance à réagir est plus aisément sollicitée chez les uns que chez les autres. Cette manière d'être, cet état des centres sont réalisés au mieux chez les malades dont les centres ont héréditairement subi de multiples excitations antérieures et sont en état d'équilibre sensitif instable. Et dans nos observations, l'interrogatoire, l'examen clinique, en révélant le plus souvent la tare névropathique, les causes multiples antérieures ou actuelles d'excitation, confirment cette manière de voir.

Et si certaines causes d'irritation, même brusques violentes, semblent n'apporter aucun trouble dans le fonctionnement sensitif, c'est là une apparence. La réaction existe, elle est minime peut-être, et échappe à notre examen. En tout cas, cette excitation n'est pas perdue : elle s'enregistre, s'emmagine dans les centres, conservée jusqu'au moment où une irritation même faible en éveillant *l'énergie accumulée latente*, peut provoquer un ébranlement disproportionné à son importance. On rentre dans la théorie générale de la *sommaton* et l'on comprend l'assimilation des mécanismes vitaux à celui des *corps explosifs* (1).

Voici quelques exemples tirés de nos observations

1. Voir CH. RICHET. *Essai de psychologie générale*, page 18.

qui vont montrer en acte, le rôle de l'addition des excitations sur terrain préparé, pour la mise en jeu de réactions nerveuses variées : Une malade âgée de 18 ans entre à l'hôpital pour une salpingo-ovarite aiguë *gauche*. Elle est en même temps en proie à des douleurs gastralgiques violentes ; la sensibilité est exaltée dans tout le côté *gauche*. A cet état vient s'ajouter un jour une lésion dentaire en activité *du même côté* (pulpite de la première grosse molaire inférieure) qui fait éclater une névralgie faciale intense. L'hyperesthésie se généralise et devient très vive pour le côté *gauche*.

Il y a eu dans ce cas : 1° la tare névropathique antérieure héréditaire : Père alcoolique, violent, emporté, mère nerveuse, deux frères et une sœur morts en bas âge de convulsions ; 2° l'excitation génitale ; 3° l'irritation du plexus solaire, raisons suffisantes pour provoquer le retentissement nerveux du côté *gauche*. Une irritation à point de départ dentaire, vient s'ajouter aux premières causes d'excitation et les désordres sensitifs s'exagèrent et se généralisent.

Autre exemple (obs : 36) : une jeune malade de 27 ans a un père alcoolique, sa mère est morte à la suite d'une attaque de nerfs. Elle a une pleurésie *droite*, et sa sensibilité superficielle et profonde est exaltée de ce côté. Au cours de son séjour à l'hôpital, réveil très douloureux d'une salpingite *droite*. La sensibilité subit un contre-coup général ; une rage de dents éclate à la suite d'une lésion dentaire *droite*. L'hyperesthésie est nettement plus vive de ce côté.

La loi de l'addition latente, nous permet encore de comprendre certains faits en apparence paradoxaux

1: CH. RICHET, *Essai de psychologie générale*, p. 172.

On sait le rôle de l'ictère comme agent provocateur du prurit. Or, voici deux ictériques: l'un a la peau à peine teintée et se gratte violemment; l'ictère chez l'autre est intense, jaune-safran, et son calme sensitif est absolu. Dans les deux cas cependant le sang charrie de la bile, et si, comme on le prétend, le prurit est dû à l'excitation des extrémités sensitives de la peau par la bile, c'est le second de nos malades qui devrait se gratter. N'est-on pas plus près de la vérité, en admettant que le prurit de l'un est en rapport avec un état de son potentiel sensitif, que la cause la plus banale suffira à déséquilibrer?

Toutes ces considérations nous conduisent à admettre que tout ce qui exalte l'excitabilité des centres sensitifs est *æsthésiogène*, et l'on comprend ainsi que les excitations périphériques, viscérales etc., aient surtout un rôle provocateur.

La théorie de la *sommation* nous éclaire donc sur l'inconstance de ces phénomènes nerveux.

3° Ce n'est pas tout, l'énergie sensitive circule, s'accumule, mais elle peut se transformer, et les effets de l'excitation doivent être cherchés ailleurs. M. Jacquet cite trois cas personnels :

a) Une jeune femme hystérique souffre d'une névralgie violente d'origine dentaire, une fluxion de la joue survient, *brusquement la douleur cesse*.

b) Une jeune femme souffre de névralgie totale et d'arthralgie du membre inférieur *gauche*, de temps à autre des paroxysmes douloureux précèdent l'éclosion de bulles volumineuses de pemphigus de la jambe *gauche*, et à chaque éclosion, *accalmie très nette des douleurs*, (voir obs. 12).

c) J'observe sur le lit à spéculum, dit M. Jacquet une

femme atteinte de prurit vulvaire ancien, en état de crise ; je l'exhorte à ne pas se gratter, elle y parvient au prix d'incessants mouvements des cuisses et du bassin ; au bout d'une dizaine de minutes, *flux abondant de larmes* et BRUSQUE DÉTENTE.

Les trois faits suivants appartiennent à notre observation personnelle : L'observation 36 a trait à un cas de zona thoraco-brachial. Pendant les douze heures qui ont précédé l'éclosion de l'éruption, douleurs lancinantes, picotements. Les vésicules apparaissent : *disparition des douleurs* ; il y a même de l'anesthésie en certains points de la surface éruptive.

Dans l'observation 60, une jeune femme est en traitement pour une salpingite aiguë très douloureuse, à

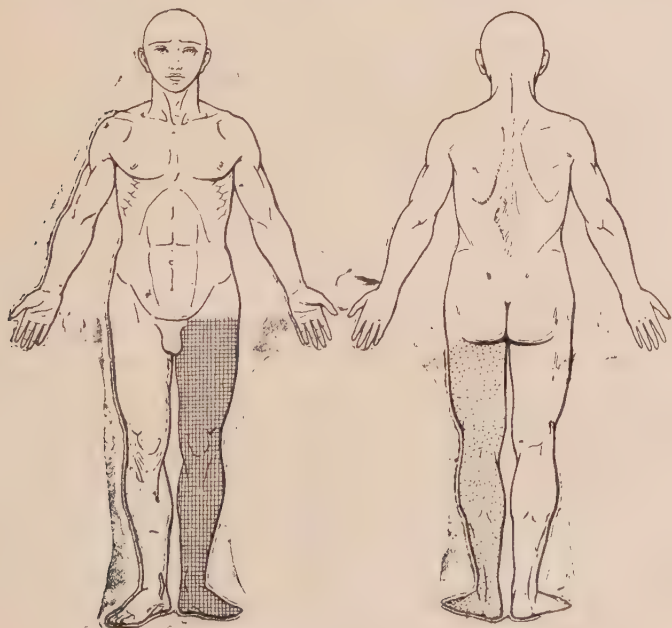


Fig. 6. — Hyperesthésie profonde du membre inférieur gauche
Hypoesthésie superficielle.

gauche. Il y a hyperesthésie des muscles et troncs nerveux de la cuisse *gauche*. A la suite d'une pulvérisation maladroite et prolongée au chlorure de méthyle, de la paroi abdominale *gauche*, il se produit une large surface irritée, avec par places, quelques phlyctènes ; on constate alors que *l'hyperesthésie profonde de la cuisse a complètement disparu* (figure 6).

L'observation 67 nous montre un exemple remarquable de ces alternances morbides. Un jeune homme de 20 ans entre dans le service de M. Du Castel pour un prurigo généralisé datant de l'enfance ; le prurit est violent, presque incessant ; les traces de grattage que porte le malade en témoignent. Quelques papules excoriées sont le point de départ d'une lymphangite de tout le membre inférieur *gauche*. D'abord limitée, elle gagne tout le membre jusqu'à la racine de la cuisse ; les ganglions sont gros et douloureux. *Or pendant toute la durée d'évolution de cette lymphangite et adénite, soit une huitaine de jours, le prurit avait complètement disparu*. Le malade, dont le sommeil était constamment tourmenté par le besoin du grattage, dormait parfaitement. L'inflammation guérie, *nous assistons au retour graduel et progressif du prurit qui, au bout de peu de jours, est aussi violent qu'avant*. Quoi de plus décisif dans les alternances ? Devant des cas aussi frappants on ne peut que souscrire à la formule de notre maître disant que : « les choses se passent comme si, pour une période donnée, la somme de notre sensibilité était *constante*, perdant ici, ce qu'elle gagne là, sous l'influence des excitants divers (1). »

1. L. JACQUET. *La Pratique dermatologique* ; article *Troubles de la sensibilité*, t. IV, p. 337.

Les faits physiologiques étudiés par Hoppe, Rumpf Adler, montrant que l'excitation d'une région limitée de la peau, abaisse la sensibilité sur la région symétrique du côté opposé, sont bien en harmonie avec cette donnée. Les résultats sont analogues dans les constatations cliniques de M. Jacquet montrant l'arrêt brusque d'une névralgie sciatique, par des pulvérisations de chlorure de méthyle *sur le membre sain* (1) M. Dumontpallier (2) et M. Paul Raymond (3) confirmèrent ces faits.

Il n'y a dans toutes ces observations que l'exagération d'un fait physiologique ; c'est un déplacement ou une transformation de l'énergie sensitive. Cela nous explique que les effets d'une excitation ne soient pas toujours identiques et qu'on doive dans certains cas les chercher ailleurs qu'au point directement irrité.

Enfin, il est une dernière raison qui nous éclaire sur l'inconstance de ces phénomènes nerveux en excès. C'est leur *épuisement* plus ou moins rapide, qui semble donner lieu à des phénomènes inverses, et de cause différente et contraire, alors que ce sont seulement le *prolongement* des premiers. Et de ce fait on peut donner de nombreuses preuves expérimentales, et cliniques.

Preuves expérimentales. — L'anémie d'un nerf qui a fait disparaître sa fonction, commence d'abord par le surexciter. Voici par exemple une courbe schématique, qui indique la marche de l'excitabilité, à mesure que

1. L. JACQUET. *Note sur la réfrigération du membre sain dans le cas de sciatique*, Société de Biologie, 16 juillet 1887.

2. DUMONTPALIER, Société de Biologie, 23 juillet 1887.

3. PAUL RAYMOND, Société de Biologie, 23 juillet 1887.

le nerf est en voie d'anémie, de mort ou de dégénérescence : Soit la ligne AB répondant à l'excitabilité normale. L'excitabilité s'accroîtra d'abord jusqu'en E par exemple, pour redescendre ensuite jusqu'en N diminuant d'abord très vite puis ensuite de plus en plus lentement (1) (fig. 7).

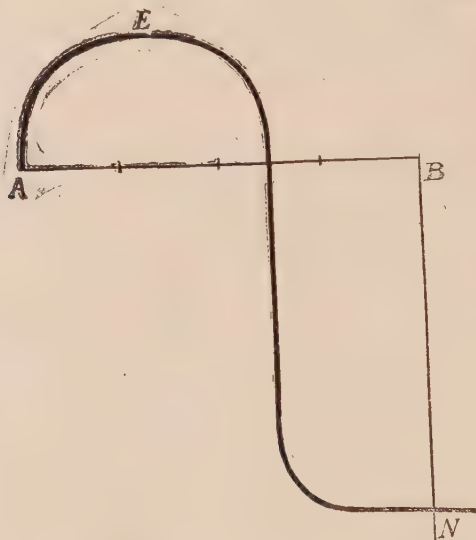


Fig. 7.

Cette courbe est représentative de notions très générales ; elle s'applique aussi bien aux muscles et aux centres nerveux qu'aux nerfs.

Sur un nerf en voie de dégénérescence, l'excitabilité *maximum* est en E ; mais à ce moment, il est plus près de l'anesthésie qu'en A, alors qu'il était moins excitable et dans son état tout à fait normal. Les effets de la compression des nerfs aboutissent aux mêmes résultats.

1. Ces considérations sont tirées de la thèse de CH. RICHET. *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*. Thèse, Paris 1877.

Preuves cliniques. — Elles sont nombreuses : l'hyperesthésie précède fréquemment l'anesthésie dans les névrites, alcoolique, lépreuse, saturnine, dans les intoxications, dans le tabès, les myélites, etc. L'analyse des troubles sensitifs dans le prurit nous offre un exemple remarquable de l'épuisement de la sensibilité, bien mis en lumière par M. Jacquet (1).

« Quand on fait sur soi-même, avec un pinceau d'aquarelliste par exemple, l'examen méthodique d'une région en état de prurit, sans la *troubler par le grattage*, on trouve autour du foyer pruritique, une zoné plus ou moins étendue où la sensibilité est modifiée. Dans la grande majorité des cas, il y a hyperesthésie perçue par l'examen direct, hyperesthésie objective... Si après la détente produite par le grattage, on explore de nouveau et de même façon la sensibilité, on constate l'existence d'une *hypoesthésie* manifeste, je la nomme *hypoesthésie pruri-traumatique*. » Ici le traumatisme du grattage intervient pour la production de l'épuisement. Mais celui-ci se produit aussi quoique d'une manière moins saisissante, il est vrai, si le grattage n'intervient pas.

Dans le zona l'hyperesthésie cutanée qui précède, et quelquefois suit plus ou moins longtemps l'éruption, fait place bientôt à de l'hypoesthésie ou à de l'anesthésie.

Tous ces exemples montrent bien qu'en règle générale l'hyperesthésie précède l'anesthésie, *et que celle-ci procède de celle-là*.

Cette formule ne vise pas seulement les troubles

1. L. JACQUET. Article *Troubles de la sensibilité*, in *Pratique dermat.*, page 345 et suivantes.

hyperesthésiques que nous avons étudiés, elle nous semble dominer aussi l'interprétation des troubles de la sensibilité chez les hystériques. On peut objecter que chez les hystériques, l'anesthésie s'observe fréquemment d'emblée ; nous le croyons, bien que souvent la période d'hyperesthésie antérieure ait pu être méconnue ; le stade hyperesthésique se retrouve ici, peut-être chez les ascendants, surmenés, déséquilibrés, alcooliques, névropathes.

La loi biologique en cause n'est donc en défaut qu'en apparence et se vérifie si *l'on regarde assez longtemps*. Ici, en réalité, la pathogénie dans l'espèce ou *pylo-pathogénie* n'est que l'exagération de la pathogénie dans l'individu *onto-pathogénie* (1).

A voir ainsi les choses, cette loi de consécution se vérifie sans doute de façon constante ; et dès lors, on ne saurait répugner à admettre que les anesthésies aient la même causalité que les hyperesthésies, mais la cause agissant à plus longue échéance, ou sur un système nerveux dont le potentiel sensitif est équilibré de façon plus instable encore. L'influence de l'état du système nerveux, soit individuel, soit acquis par hérédité, a une influence capitale dans la pathogénie de ces désordres sensitifs. Au total, cette opinion de MM. Ch. Richet et Jacquet que *pour comprendre l'anesthésie, il faut partir de l'hyperesthésie*, nous semble exacte.

En somme, contrairement à l'opinion de Leven, Weill, Gilles de la Tourette, notre maître pense que ces hyperesthésies systématisées ne sont pas *hystériques*, mais

1. L. JACQUET, *Loco citato*, note 2 de la page 338.

que bien au contraire ces mêmes phénomènes chez les *hystériques*, sont justiciables de la théorie que Brown-Séquard et lui même professent. Nulle raison en effet pour que les hystériques échappent à l'influence œsthésiogène des excitations ; il y en a beaucoup au contraire pour qu'ils la subissent avec éclat.

L'hérédité névropathique domine en effet de très haut l'étiologie de l'hystérie. Deviennent hystériques, seuls les individus qui ont dans leurs descendants, soit des hystériques, soit des épileptiques, soit des alcooliques, des surmenés, des vésaniques etc. L'enquête méthodique permet d'ordinaire de dépister cette tare héréditaire. « S'il est une névrose, dit M. Dejerine, dans laquelle l'hérédité nerveuse ne fasse pas l'ombre d'un doute, dans laquelle elle domine toute l'étiologie, c'est assurément l'hystérie. » Les hystériques acquièrent donc par hérédité un système nerveux dont la mise en jeu est plus aisément sollicitée que chez d'autres individus. Il se trouve dans un état d'instabilité tel, que la cause la plus banale, l'excitation la plus minime (et qu'on ne saisit pas toujours à cause de cela) suffit à amener des déplacements souvent énormes d'énergie, et, suivant les cas, suivant certaines conditions, sa dislocation en quelque sorte, ses métamorphoses en ses différentes modalités.

Les troubles de sensibilité chez les hystériques sont le grossissement des phénomènes que nous étudions, parce que l'excitation causale agit sur des centres fortement ébranlés antérieurement, et par suite, en état de déséquilibre.

1. L. JACQUET. *Loco citato*, note 2 de la page 338.

Ces causes d'excitation sont les mêmes chez nos malades et chez les hystériques : maladies aiguës des organes, reins, poumons, foie, etc., intoxications, traumatismes, etc., sont agents provocateurs de l'hystérie, elles donnent naissance chez les uns et les autres aux mêmes phénomènes réactionnels, à un degré plus élevé et plus intense chez ces derniers.

En dernière analyse, la question des troubles nerveux, envisagée de cette manière, devient très générale et les faits que nous avons étudiés, certains phénomènes hystériques, n'en sont que des cas particuliers. Elle est dominée par l'idée de *l'énergie*. Les alternances, les oscillations, le transfert, la transformation, sont des faits communs à nos observations et à certains accidents hystériques. Les choses se passent, dit notre maître, comme si la somme de notre énergie sensitive était *constante*, perdant ici, ce qu'elle gagne là ; Brown-Séquard émettait une pensée identique quand il se demandait si les résultats de ses expériences n'étaient pas expliqués par un *déplacement de force*. Nous retrouvons ainsi dans la théorie de la conservation de l'énergie. A. Robert Mayer, et Helmholtz revient l'honneur d'avoir fondé l'énergétique des êtres vivants, et d'avoir envisagé les phénomènes de la vie, au point de vue de *l'énergie*, qui est le facteur de tous les phénomènes de l'univers. Il n'y a dans la nature que des changements et des mutations de l'énergie, dont la quantité dans la nature semble constante. Ce qui est variable, ce sont ses modalités diverses : l'énergie, se traduisant, tantôt en mouvement, tantôt en chaleur, tantôt enfin en combinaisons ou décompositions chimiques. Dans l'ordre biologique, ce que nous appelons sensi-

bilité, motilité, actes de sécrétion, nutrition, etc., ne sont que des modalités de cette énergie, réglées et harmonisées par le système nerveux. Si nous ne percevons pas tous les changements, toutes les mutations de cette énergie, cela tient à l'insuffisance de nos sens et de nos appareils enregistreurs. Les phénomènes de la vie sont des métamorphoses énergétiques au même titre que les autres phénomènes de la nature. (1)

1. A. DASTRE. *La vie et la mort*, page 35.

OBSERVATIONS

(de M. Jacquet).

OBSERVATION 1

Hémi-hyperesthésie névro-musculaire avec hémiparésie et hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle du même côté gauche (1).

C..., 36 ans, serrurier, entré le 26 septembre 1897 à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Père mort paralysé à l'âge de 73 ans.

Mère morte à 70 ans, était de bonne constitution.

Deux frères. Le premier est mort de « fièvre cérébrale » à 36 ans. Le deuxième est mort de tuberculose pulmonaire à 33 ans.

Antécédents personnels. — A 22 ans, fièvre typhoïde grave dont il a été au moins un an à se remettre. Otite longue et durable à la suite.

A 27 ans blennorrhagie.

1. JACQUET. *Société médicale des hôpitaux*, 15 octobre 1897, page 1170.

Le malade boit ordinairement chaque jour, depuis longtemps, 2 litres à 2 litres 1/2 de vin et deux absinthes.

Depuis plusieurs mois, il éprouvait chaque soir une sensation de fatigue anormale et en se couchant il avait plusieurs fois noté une enflure légère des pieds qui disparaissait le matin.

Au mois de mars il a eu une petite atteinte de « grippe », et pendant quatre ou cinq jours la lassitude augmentant, il était obligé parfois de quitter son travail. Depuis cette époque, il « toussote » et se fatigue très vite.

C'est à peu près à la même époque que le bras *gauche* lui apparut un peu plus faible que d'ordinaire. Cette faiblesse le préoccupa beaucoup alors, d'autant plus qu'autrefois, affirme-t-il, son bras *gauche* était plus fort que le droit.

Pas de rêves relatifs à ce sujet; aucune circonstance étiologique de quelque importance; nul choc moral ou physique, nul surmenage, nul excès.

Depuis deux mois cette faiblesse lui sembla augmenter, et ce membre devint le siège, surtout à l'épaule, de vives douleurs qui ont débuté un lundi, le lendemain d'un jour de repos.

Le malade bien constitué paraît amaigri.

Calvitie presque totale; à chaque pied, léger hallux valgus, plusieurs orteils incomplètement en marteau; kératodermie plantaire; cors et durillons assez nombreux.

Les bouquets pilaires digitaux sont en voie d'alopécie.

Pendant le jour et pendant la nuit des douleurs vives surviennent spontanément dans l'épaule *gauche* et le bras du même côté jusqu'au coude.

Elles durent une demi-heure environ et laissent après elles un engourdissement dans tout le membre.

Les mouvements de l'épaule sont très difficiles et très douloureux.

Pendant ces mouvements, qu'ils soient actifs ou provoqués, l'épaule et le bras sont le siège de vives douleurs, l'avant-bras et la main sont le siège de fourmillements.

La palpation des masses musculaires de la presque totalité du côté *gauche*, est douloureuse. La douleur est extrêmement vive au trapèze et au sterno-mastoïdien, au pectoral, au deltoïde, au long dorsal et dans tout le bras *gauche*.

Elle est vive aussi dans le plan musculo-aponévrotique de l'abdomen à *gauche*. On la retrouve encore, mais beaucoup moindre, dans les masses musculaires de la cuisse *gauche*.

Rien à droite. Toutefois, la masse musculaire supéro-externe de la cuisse est plus sensible à droite qu'à gauche.

On ne peut toucher les cordons nerveux du bras *gauche* dans l'aisselle ou le bras sans provoquer de vives douleurs jusque dans les extrémités des doigts. Rien d'analogue à droite.

Les réflexes patellaires sont plutôt affaiblis.

Les réflexes crémastériens sont normaux.

La contraction idio-musculaire, les réflexes cutanés sont sensiblement normaux.

Le réflexe pharyngien est aboli.

Tout le côté *gauche* est le siège d'une hypoesthésie notable, au tact, à la douleur et à la température. Il semble à la palpation, et cette sensation s'est retrouvée identique chez toutes les personnes qui ont examiné le malade, qu'il y ait hyperthermie manifeste du membre supérieur *gauche*. L'acuité auditive et l'acuité visuelle sont diminuées à *gauche*, surtout cette dernière. Le champ visuel n'est pas modifié. Quelques troubles d'achromatopsie, mais peu nets; pas de rétrécissement concentrique du champ visuel. L'olfaction est diminuée à droite; le goût à gauche (?).

4 octobre. — Les douleurs spontanées ont disparu.

L'hyperesthésie névro-musculaire avec anesthésie cutanée faible, nette, persiste à peu près égale. Ces troubles existent dans tout le côté *gauche*, mais à un degré moindre au membre inférieur qu'au membre supérieur.

12 octobre. — Alors que pour tous, il y avait, les jours précédents, hyperthermie du côté *gauche*, aujourd'hui les deux

températures ne paraissent pas différentes à la main. Le thermomètre marque 34°4 à gauche, 34°6 à droite.

OBSERVATION 2

Rhumatisme blennorrhagique. Insuffisance mitrale.
Hyperesthésie névro-musculaire. Alcoolisme (1).

V... (René), 25 ans, vendeur en chaussures, entré le 1^{er} juillet 1898, salle Behier, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux. A eu une maladie de cœur. Plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu.

Mère bien portante.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — A l'âge de 6 ou 7 ans, « péritonite », qui a duré cinq ou six mois.

A l'âge de 16 ans, blennorrhagie sans complication.

Il s'est engagé à 18 ans.

A 19 ans, nouvelle blennorrhagie accompagnée immédiatement de rhumatismes avec « névrite du crural gauche » (diagnostic de l'hôpital militaire de Lyon). La blennorrhagie durait encore lorsque l'atteinte de rhumatisme disparut. Ces rhumatismes siégeaient aux jambes, aux cuisses, aux genoux et aux talons. En même temps, il avait une orchite du côté gauche.

A cette époque, il buvait environ un litre de vin par jour, une goutte tous les matins (rhum ou cognac), et au minimum deux absinthes, sans compter les petits verres pris pendant la journée. Il buvait en outre beaucoup de café surtout lorsqu'il était en prison (4 à 5 litres par jour, partagés avec deux ou trois de ses camarades).

En même temps, excès vénériens (deux ou trois coïts quotidiens pendant de longues périodes).

1. JACQUET. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1898, page 591.

A l'âge de 20 ans, il va en Algérie aux compagnies de discipline.

Cinq mois après fièvres paludéennes, le prenant tous les jours à 3 heures de l'après-midi. Chaque crise débutait par un long frisson suivi immédiatement de sueurs abondantes, puis survenait une période de froid terminale. Ces fièvres ont duré environ trois ou quatre semaines.

Pendant son séjour aux compagnies de discipline, il buvait encore, mais plus irrégulièrement. Quelquefois, il allait jusqu'à boire, en compagnie de deux ou trois camarades, un litre d'absinthe sans eau, en un jour.

Cinq mois après son atteinte de fièvres paludéennes, il passe aux chasseurs d'Afrique. Quelques jours après, « échauffement » suivi d'une nouvelle crise de rhumatisme.

Cette fois, les douleurs avaient envahi tout le corps.

Pour cette atteinte, il reste quatre mois à l'hôpital, pendant lesquels il subit de nouveau les fièvres paludéennes, de même forme que les premières, et qui ont duré deux ou trois semaines.

Ensuite il a quitté le service et est revenu en France, dans sa famille, à Clermont-Ferrand, où il est resté pendant six mois sans rien faire.

A cette époque, il buvait 2 litres de vin et plusieurs absinthes par jour. Il faisait des excès vénériens (tous les jours au moins un coït).

Pendant son séjour à Clermont, il a eu une nouvelle atteinte de fièvres paludéennes à forme plus irrégulière que les premières, et qui le prenaient deux fois par semaine en moyenne.

Au mois de mars 1896, il est arrivé à Paris où il s'est mis à travailler, à raison de quinze heures par jour, au métier de vendeur en chaussures (il reste à genoux pendant une partie de la journée).

Il a continué à mener la vie qu'il menait à Clermont.

Au mois de juillet 1896, nouvelle blennorrhagie accompagnée de rhumatismes qui l'ont forcé de garder le lit pendant deux mois.

Comme précédemment, les douleurs envahissent tout le corps et surtout les jointures.

Il a été soigné à l'Hôtel-Dieu, où on lui a trouvé une insuffisance mitrale.

Lorsqu'il est sorti de l'Hôtel-Dieu, il s'est remis à travailler comme auparavant.

Depuis le mois de septembre 1896, il a travaillé continuellement, tout en faisant des excès de toutes sortes.

Pendant cette période, il a ressenti de temps en temps des douleurs de rhumatismes qui l'ont obligé de s'arrêter un jour ou deux à plusieurs reprises.

Il y a un mois, après une petite crise de douleurs qui avait duré deux jours, il a repris son travail pendant toute une journée. Vers 7 heures du soir, il a été pris d'une perte de connaissance complète, accompagnée de crachements de sang. Cette perte de connaissance a duré trois heures.

Le lendemain, il a été amené à l'hôpital Necker où on lui a fait une saignée. Il est resté quinze jours dans cet hôpital. Une fois sorti il s'est remis à travailler sans faire d'excès.

Quatre jours après sa sortie de l'hôpital Necker, il a été pris d'une nouvelle atteinte de rhumatismes, sans cause particulière. Les douleurs ont apparu en premier lieu aux talons, puis ont envahi les membres inférieurs en entier.

C'est ce qui a motivé son entrée dans le service.

État actuel. — Urèthre. L'expression de l'urèthre donne au méat une goutte de liquide blanchâtre.

Membres inférieurs. — Les talons, la plante des pieds, les articulations du tarse, du métatarse et des orteils, l'insertion de l'aponévrose plantaire, le tendon d'Achille, sont douloureux pendant la marche, des deux côtés; cependant, à *droite*, la douleur à la pression est beaucoup plus forte qu'à gauche.

Les deux chevilles enflent après la fatigue.

Il existe un peu d'hypérostose calcanéenne du côté *droit*.

Les deux mollets sont variqueux.

Leurs muscles sont douloureux à la pression, mais le mollet *droit* beaucoup plus que le gauche.

Les deux genoux sont douloureux, la douleur est sourde, elle existe même au repos ; elle s'exagère à la marche ; tous deux présentent un peu d'hydarthrose froide. A la palpation, le genou *droit* est plus douloureux que le gauche. Il est surtout sensible un peu en arrière du bord interne de la rotule. Le genou gauche a aussi son maximum de douleur au même point. Les nerfs cruraux sont hypersensibles, surtout le crural *droit*.

Les sciaticques sont aussi hypersensibles, le sciatique *droit* beaucoup plus que le gauche. Le sciatique poplitée externe *droit* est aussi hyperesthésié.

Les muscles des cuisses sont tous douloureux, avec très nette prédominance à *droite*.

Depuis trois ou quatre jours, sudation exagérée des jambes et des pieds.

Tronc. — La pression dans les espaces intercostaux provoque de chaque côté une douleur vive, surtout forte dans les premier et septième espaces intercostaux.

Entre les chefs des sterno-cléido-mastoïdiens, la pression provoque un clou névralgique beaucoup plus vif à *droite* qu'à gauche. Les pectoraux, les sterno-cléido-mastoïdiens et les trapèzes sont douloureux à la pression, mais la douleur provoquée à *droite* est nettement plus aiguë.

Face. — Tous les nerfs de la face sont douloureux à la pression, toujours avec prédominance de la douleur à *droite*.

Membres supérieurs. — De même que les membres inférieurs, les bras présentent de l'hyperesthésie neuro-musculaire, et là encore, la douleur est plus intense à *droite* qu'à gauche.

Peau. — La sensibilité cutanée est à peu près égale des deux côtés : s'il y a une petite différence, c'est en faveur du côté *droit*. La température locale est plus élevée à gauche qu'à *droite*.

Température prise sur les cuisses :

Cuisse gauche . . .	32° 2/5
— droite . . .	32°

Cette différence de température locale s'accroît nettement lorsque le malade reste découvert.

Organes sensoriels. — L'acuité auditive est sensiblement égale des deux côtés.

L'acuité visuelle est très diminuée pour l'œil droit, qui peut lire à peine à 15 centimètres. Le champ visuel de l'œil droit paraît être légèrement rétréci. Les réflexes pupillaires sont normaux.

Cœur. — Le cœur présente à la pointe un souffle systolique très net. Le cœur est douloureux.

Foie et rate. — Le foie est gros et douloureux. Quant à la rate, elle est sensible, mais n'est pas d'un volume anormal.

OBSERVATION 3

Hyperesthésie névro-musculaire gauche, chez un tuberculeux atteint de lésion du sommet gauche. Transfert de l'hémi-hyperesthésie à droite, sous l'influence d'un foyer de broncho-pneumonie de la base de l'aisselle droite (1).

M... (Julien), âgé de 33 ans, garçon de laboratoire, entré le 16 mars 1899 à l'hôpital Saint-Louis (Baraques), dans le service de M. le Dr Jacquet.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 38 ans de la poitrine.

1. JACQUET. *Société médicale des hôpitaux*, 1899, page 455.

Mère vivante, 56 ans. S'est toujours bien portée. A eu cependant une attaque de coliques hépatiques.

Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade a été très chétif et très délicat dans son jeune âge.

A l'âge de 6 ans, il était souvent (vingt fois par an environ), pris subitement d'éblouissements et de vertiges, à la suite desquels il perdait connaissance et tombait. Il restait dans cet état un quart d'heure environ, puis revenait à lui sans rien ressentir d'autre. Il eut des attaques de ce genre jusqu'à l'âge de 13 ans.

Le malade souffrait à la même époque d'un écoulement purulent de l'oreille droite qui lui a laissé d'ailleurs un léger affaiblissement de l'ouïe de ce côté.

Pas d'excès alcooliques ni vénériens. Pas de syphilis. Pas de blennorrhagie. Engagement militaire à 20 ans (1886).

Attaque de rhumatisme un mois après son entrée au service, à la suite de surmenage.

Douleurs aux deux chevilles et aux deux genoux. Il reste deux mois à l'hôpital militaire où il est soigné au salicylate de soude. Sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Trois ans de bonne santé.

En 1889, est pris de frissonnements, toux avec expectoration non sanguinolente, courbature, maux de tête, point de côté droit. Tâche de résister, mais au bout de huit jours, est forcé d'entrer à l'hôpital militaire où l'on diagnostique une pneumonie.

On lui met un vésicatoire de chaque côté.

Après quarante jours, sort complètement guéri de l'hôpital.

Termine ses cinq ans de service sans autre maladie.

Après sa libération, entre comme garçon de laboratoire dans une pharmacie et se porte bien jusqu'au 10 février 1899.

A cette date, ressent à nouveau les mêmes symptômes que précédemment : frissonnements, céphalée, toux, expectoration, courbature et, en plus, sueurs nocturnes ; pas de point de côté. Travaille cependant jusqu'au 1^{er} mars, date à laquelle, à bout de

forces, il se met au lit. Le 13 mars, est pris subitement, la nuit, d'un violent point de côté sous le sein gauche. Entre alors à l'hôpital Saint-Louis, sur le conseil de son médecin.

État actuel. — Fièvre 39°,6. Toux, expectoration muco-purulente, sueurs nocturnes, douleur vive dans le côté *gauche*; grand amaigrissement au dire du malade.

L'auscultation et la percussion ne donnent rien à *droite*.

A *gauche*, en arrière: percussion douloureuse dans la fosse sus-épineuse.

A *gauche*, en avant: sous l'aisselle, un peu en dehors du mamelon, foyer de râles sous-crépitanes avec souffle, s'étendant un peu au-dessus du mamelon.

Ce foyer est relié à la lésion du sommet par une zone passant sous l'aisselle (cinq travers de doigt au-dessous du creux axillaire), et dans laquelle on perçoit de la matité et du souffle.

Douleurs névralgiques partant du creux sus-claviculaire *gauche* et aboutissant au rebord des fausses côtes (4 centimètres environ en dehors de la ligne médiane).

Ces douleurs sont exaspérées par la respiration.

La pression de tous les cordons nerveux du côté *gauche* arrache des cris au malade et le fait sursauter. On peut provoquer cette douleur par la pression du *crural* à l'aîne, du *sciatique* sur tout son trajet, du *facial* au niveau du bord postérieur du maxillaire, du *sus-orbitaire* à son émergence, etc., etc.

Entre les chefs du sterno-cléido-mastoïdien *gauche*, la pression provoque une sensation de *clou* névralgique aigu; rien de semblable à *droite*.

On ne peut faire vibrer les cordons nerveux dans l'aisselle ou le bras, sans provoquer de vives douleurs qui irradient jusqu'aux doigts.

La palpation des masses musculaires du côté *gauche* est, elle aussi, très douloureuse.

La douleur est vive dans le plan musculo-aponévrotique de l'abdomen.

Si l'on pince la peau du cou à *gauche* en ayant soin de ne pas saisir le peaucier, le malade ne ressent rien ; par contre, si l'on saisit ensemble peau et peaucier la douleur apparaît aussi nette et aussi vive qu'ailleurs.

Engourdissement du bras et de la jambe *gauches* dès qu'il y a flexion.

La pression dans les espaces intercostaux fait également souffrir le malade. Le fait de serrer entre les doigts le *trapèze cervical* provoque un violent sursaut.

La pression des muscles du mollet, des muscles de l'avant-bras, des pectoraux, des adducteurs est douloureuse.

A droite, la pression et la palpation n'éveillent que les sensations ordinaires.

En découvrant le malade, on note sur toute la moitié *gauche* du thorax et de l'abdomen une « *chair de poule* » très nette alors que le côté droit reste absolument lisse. Ce phénomène se reproduit sous l'action d'un léger frôlement de la main à *gauche*, beaucoup plus faiblement à *droite*. On peut obtenir le même effet à la région dorsale, toujours du côté *gauche*.

Sensibilité cutanée un peu exagérée du côté *gauche*.

Réflexes patellaires presque abolis.

Réflexe pharyngien aboli.

Réflexes crémastériens normaux.

Champ visuel non modifié. Léger rétrécissement de la pupille *gauche*.

L'ouïe est un peu affaiblie à droite, mais notre malade a eu pendant l'enfance une otite purulente.

Les autres organes sensoriels sont normaux.

Après les repas, sensation de brûlure à l'épigastre ; rougeur aux joues et aux oreilles, yeux injectés, tête brûlante.

Rien au cœur. Légère tachycardie après les repas.

22 avril. — Les phénomènes observés à l'entrée du malade (16 mars), au point de vue de l'hémi-hypéresthésie *gauche* qu'il présentait, se trouvent notablement modifiés.

En découvrant le malade, on remarque que le réflexe pileaire est peu visible et, à l'encontre de ce qu'on avait constaté précédemment, égal des deux côtés. Par contre, ce phénomène se retrouve dans toute sa netteté sur la cuisse droite (après excitation du triceps crural droit). La douleur provoquée par la pression des cordons nerveux et par la palpation des masses musculaires aux différents points énoncés plus haut a beaucoup diminué à *gauche*. A *droite*, on constate l'apparition de l'hyperesthésie, qui naguère était absolument nulle.

A l'auscultation, on découvre dans l'aisselle *droite* un foyer de râles sous-crépitants fins sans souffle. Le malade a été pris *la veille d'un violent point de côté sous le sein droit*. Il a toussé davantage, éprouvé quelques frissonnements.

29 avril. — L'hyperesthésie névro-musculaire constatée le 22 avril à *droite* a disparu à l'exception d'une zone douloureuse au-dessous de la douzième côte. L'hyperesthésie a repris sa localisation à *gauche*, mais avec moins d'intensité. Le foyer de râles sous-crépitants découvert sous l'aisselle droite a complètement disparu.

30 avril. — Le malade est à peu près revenu à l'état antérieur en ce qui concerne les troubles sensitifs.

Toutefois le plan musculaire de la partie inférieure du thorax et de l'abdomen du côté droit est encore anormalement sensible.

OBSERVATION 4

Hyperesthésie névro-musculaire à *gauche*. Orchite blennorrhagique *droite* amenant le transfert de l'hémi-hyperesthésie. Rechute de l'orchite ; oscillation parallèle du syndrome sensitif (1).

Le nommé M... Louis, âgé de 24 ans, palefrenier, entre le

1. L. JACQUER. Observation publiée dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1899, page 452.

18 mars 1898 à l'hôpital Laënnec, salle Béhier, service de M. L. Jacquet.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans de tuberculose pulmonaire. Mère très nerveuse, souffre depuis deux ans de coliques hépatiques.

Un frère mort de tuberculose pulmonaire à 25 ans. Deux autres enfants actuellement bien portants.

Antécédents personnels. — Trois rougeoles (?) à 2, 5 et 8 ans. Scarlatine à 11 ans.

Première blennorrhagie à 19 ans ; elle dure trois semaines, sans aucune complication.

A 21 ans, au régiment, broncho-pneumonie à droite, de deux mois de durée.

A 22 ans, deuxième blennorrhagie plus grave que la première. Écoulement abondant pendant un mois, douleurs vives à chaque miction, sans autre accident. Depuis, chaque matin, goutte purulente au méat.

Il y a trois mois, luxation de l'épaule *droite* à la suite d'une chute. La luxation a été réduite aussitôt.

Il y a un mois et demi, coup de pied de cheval sur la région temporale gauche, immédiatement suivi d'une hémorragie par l'oreille et d'une névralgie intense des régions faciale et frontale gauches. Le diagnostic de fracture du crâne a été écarté.

Jusqu'à 22 ans, et depuis l'âge de 17 ans, boit par jour : trois absinthes, 1 litre 1/2 de vin, du café et un peu de rhum ou de cognac.

Excès vénériens fréquents (10 à 12 rapports sexuels par semaine) jusqu'à 22 ans.

Depuis cette époque, ne boit par jour que 3/4 de litre de vin et n'a plus que cinq rapports sexuels par semaine environ.

Habite Paris depuis six mois.

Travaille dès ce moment, de 3 heures du matin à 6 heures du soir, tous les jours.

Tousse depuis quatre mois. Transpire un peu la nuit.

Depuis quinze jours, très essoufflé au moindre effort. Éprouve dans la région précordiale des élancements fréquents qui l'ont obligé à suspendre son travail.

Pas d'amaigrissement ; bon appétit ; constipation ordinaire.

Est marié depuis quatre ans. La femme a fait une fausse couche six mois après son mariage. Pas de syphilis.

18 mars. EXAMEN. — *Poumon*. — Au sommet *gauche*, expiration prolongée, inspiration rude.

Cœur. — Souffle systolique léger.

Hyperesthésie névro-musculaire générale, plus marquée du côté *gauche*.

Réflexes un peu exagérés.

Pas de troubles sensoriels.

Légères exostoses calcanéennes avec achillodynie.

28 mars. — Une orchite aiguë est survenue dans la nuit du 27 au 28 mars, sans aucune fatigue préalable, le malade n'ayant pas quitté son lit depuis son entrée à l'hôpital.

Il reconnaît, après quelques difficultés, avoir eu de tenaces érections le 27 au soir sans éjaculation consécutive, et, affirme-t-il, sans masturbation (?)

L'orchite intéresse le testicule et l'épididyme *droits* seulement. Dans leur ensemble, ils semblent gros comme un œuf de dinde, très douloureux à la pression.

La douleur irradie le long du cordon. L'écoulement blennorrhagique a sensiblement augmenté.

En même temps que l'orchite sont survenues des arthralgies des membres du côté *droit*. Les mouvements du genou, de la hanche, du coude, de l'épaule *droits* sont douloureux, sans nul gonflement. L'hyperesthésie névro-musculaire est aujourd'hui beaucoup plus notable à *droite*.

Le crural, le sciatique, le frontal, le plexus brachial, etc..., *droits*, sont douloureux, de même que les muscles de la cuisse, du bras, le trapèze le sterno-cléido-mastoïdien et le grand pectoral *droits*. Les douleurs que réveille la pression des cor-

dons nerveux sont plus intenses au membre inférieur *droit*.

L'hyperesthésie névro-musculaire *gauche*, qui prédominait naguère, diminue notablement.

Sensation de gêne dans les articulations du côté gauche.

Tremblement de la main *droite*.

Céphalalgie intense.

Après une lecture de cinq minutes environ, diplopie.

Température 37°5.

Traitement. — Applications sur les bourses de compresses imbibées d'une solution d'acide borique dans l'alcool à 90°.

Les compresses sont maintenues en permanence, et renouvelées plusieurs fois par jour, recouvertes de taffetas gommé.

30 mars. — L'orchite diminue ainsi que les douleurs du cordon. L'hyperesthésie névro-musculaire s'atténue; les arthralgies ont disparu.

31 mars. — Amélioration sensible.

1^{er} avril. — Le testicule n'est plus douloureux, pas plus que le cordon.

2 avril. — L'alcool saturé d'acide borique a été très bien toléré jusqu'ici, sans lésion cutanée.

Le testicule et l'épididyme *droits*, qui étaient le triple du volume normal, sont revenus, non à l'état naturel, mais ont perdu la moitié de leurs proportions pathologiques.

La peau du scrotum, qui était rouge foncé, a sensiblement la coloration ordinaire.

On peut palper le testicule, l'épididyme, le cordon sans provoquer de douleurs, alors que, quelques jours auparavant, la sensibilité était excessive.

L'écoulement blennorrhagique est arrêté.

La pression du méat urinaire fait seulement de temps à autre sourdre une goutte de pus.

7 avril. — Plus d'hyperesthésie névro-musculaire à droite. Cette hyperesthésie est minime des deux côtés.

Le malade a pris quotidiennement, depuis trois jours, 1 gramme d'antipyrine.

12 avril. — Les compresses d'alcool boriqué sont supprimées.

14 avril. — L'orchite a complètement disparu, ainsi que les douleurs du cordon.

Une légère hyperesthésie névro-musculaire persiste.

Plus d'arthralgies.

15 avril. — Sans effort ni traumatisme particuliers, réapparition de la douleur testiculaire et sur le trajet du cordon.

La pression sur ces points est redevenue douloureuse, mais à un degré beaucoup moindre que précédemment; douloureuse également sur le crural. La région antéro-interne de la *cuisse droite* et le nerf *médian du même côté* sont redevenus douloureux, le côté gauche restant indemne. Réapplication des compresses d'alcool boriqué.

Le malade était constipé depuis trois jours.

16 avril. — Deux selles abondantes.

17 avril. — Plus aucune douleur; il sort de l'hôpital.

OBSERVATION 5

Hyperesthésie cutanée, sensorielle et neuro-musculaire du côté gauche, chez un convalescent de fièvre typhoïde (1).

J... (Émile), 18 ans, journalier, entré le 22 février à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Jacquet.

Antécédents héréditaires. — Père syphilitique et alcoolique. Mère rhumatisante; crises probables d'hystérie.

Antécédents personnels. — A l'âge de 8 ans, fièvre typhoïde,

1. JACQUET et LACASSE, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1900, page 519.

au dire du malade. Dans la convalescence (méningite) (?) avec perte de connaissance, délire furieux, nécessitant l'application de la camisole de force. A 11 ans, première crise nerveuse, d'une durée de dix minutes environ, avec perte de connaissance, se terminant par des pleurs. Depuis, une quinzaine de crises semblables.

En juillet 1899, soigné à Ricord, dans le service de M. Humbert pour des plaques muqueuses périnéales; diagnostic sur la pancarte : Syphilis héréditaire (?) ; il avait déjà eu des rapports sexuels.

Pas d'alcoolisme.

Depuis le 8 février, céphalée, insomnie, anorexie, quelques épistaxis. Entre à Saint-Louis dans le service de M. Fournier, le 22 février, en mauvais état général, et, avec de nouvelles plaques muqueuses périnéales qui disparaissent spontanément en quelques jours.

Il passe dans le service de M. Jacquet, le 28 février.

Examen le 1^{er} mars. — Fièvre typhoïde typique avec état général satisfaisant, tâches rosées, diarrhée; sibillances assez étendues dans les deux poumons.

Évolution normale.

Apyrexie le 11 mars.

Desquamation furfuracée, surtout marquée aux cuisses, à l'abdomen et à la région lombaire.

Le 28 mars. — Légère hémorrhagie intestinale.

Le 29 mars. — Le malade se lève pour aller à la selle, à l'insu des infirmiers.

T. matin 37°5 ; soir 38°.

Le 30 mars. — T. matin 37°2 ; soir 38°1.

Ce même jour, très vive douleur dans le membre inférieur *gauche*, prédominant au creux poplité, s'exaspérant par la pression. Nous pensons tout d'abord à une phlébite : mais l'absence d'œdème et de cordon veineux porte l'attention de notre maî-

tre, M. Jacquet, sur le système nerveux, et nous constatons alors les phénomènes suivants :

Membre inférieur gauche. — Sensibilité cutanée très exagérée. Douleur vive au moindre frôlement.

Hyperesthésie très nette du *membre inférieur gauche*.

Sensibilité musculaire très exagérée.

Sensibilité nerveuse. — Sciatique très douloureux sur tout son trajet, de même que le sciatique poplitée externe, au-dessus de la tête du péroné; de même que le crural à son émergence au-dessous de l'arcade de Fallope.

Thorax et abdomen (moitié gauche). — Hyperesthésie cutanée et sous-cutanée. Réflexes mamelonnaire et pileaire très accentués; réflexe vaso-moteur beaucoup moins.

Cou (moitié gauche). — Phrénique et pneumogastrique très douloureux à la pression; de même que le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze.

Membre supérieur gauche. — Cubital dans la gouttière épithrochléenne, radial dans la gouttière humérale, médian à la face interne du bras, plexus brachial dans l'aisselle, très douloureux.

Tête (moitié gauche). — Hyperesthésie très nette de la face et du cuir chevelu, et aux points d'émergence des branches du trijumeau.

Organes des sens. — Vue. — *Pupille gauche dilatée.* En plaçant une montre devant les yeux du malade, l'autre étant fermé, nous constatons ce qui suit :

Tandis que l'œil droit cesse d'apercevoir les aiguilles d'une montre à 96 centimètres, l'œil gauche les voit encore à 116 centimètres.

Quant à l'étendue du champ visuel, nous trouvons 68 centimètres à droite contre 79 centimètres à gauche.

Ouïe. — Nous plaçons une montre devant l'oreille droite; le malade n'en entend plus les battements à 62 centimètres; par la

même expérience à gauche, les battements en sont perçus jusqu'à 91 centimètres.

En interposant une carte entre la montre et l'oreille, nous trouvons 17 centimètres à gauche, point le plus éloigné où s'entendent les battements; à droite, pour qu'on les entende, il faut appliquer la montre contre la carte, celle-ci elle-même appliquée contre l'oreille.

Odorat. — Peu modifié. Cependant le contenu d'un flacon d'ammoniaque est perçu un peu plus *loin à gauche* qu'à droite.

Goût. — En plaçant alternativement sur l'un et l'autre côté de la langue, d'abord du sel, puis du sulfate de quinine, nous ne trouvons qu'une augmentation à peine sensible du goût *à gauche*.

Sensibilité viscérale. — Elle paraît modifiée elle aussi : le *testicule gauche* est beaucoup plus sensible à la pression que le droit.

Troubles viscéraux. — Pendant la nuit, le malade éprouve de la paresse vésicale ; malgré de fortes envies d'uriner, il ne peut émettre une seule goutte d'urine : ce phénomène dure en général de 8 heures du soir à 4 heures du matin et disparaît le jour.

Le 1^{er} avril. — Violentes douleurs dans le territoire du nerf radial *gauche*, et quelques palpitations cardiaques.

Le 7 avril. — L'hyperesthésie diminue, mais principalement dans la tête et le membre supérieur.

Pas de modifications de la sensibilité du côté droit du corps.

Le 15 avril. — L'hyperesthésie est très peu modifiée depuis le début ; un peu diminuée à la tête, au thorax, à l'abdomen, au membre supérieur, presque aussi vive au membre inférieur.

Le crural et le sciatique sont surtout douloureux.

Le réflexe rotulien demeure exagéré *à gauche*.

Le membre inférieur *gauche* est plus froid que le membre droit, tandis qu'au début il y avait hyperthermie.

La force musculaire a diminué *à gauche* ; mais il faut peut-être

rapporter cette diminution à la douleur qui résulte de l'effort.

A 8 heures du soir, le malade a brusquement perdu connaissance : après sensation d'étouffement, convulsions toniques généralisées, puis cloniques ; un peu d'écume aux lèvres. Pas d'émission d'urine, pas de morsure de la langue.

Terminaison au bout de cinq minutes par une émission abondante de larmes.

Le 25 avril. — Nouvelle crise précédée de violentes palpitations cardiaques. Même évolution.

Pas de modifications de la sensibilité après les crises.

Les jours suivants, nous constatons que le membre inférieur gauche s'atrophie : la circonférence de la cuisse, qui est de 51 centimètres à droite, n'est que de 48 à gauche ; pour le mollet, 36 centimètres à droite, 33 centimètres à gauche.

Depuis le 1^{er} mai, le malade qui urinait auparavant 3 litres à 3 litres 1/2 par jour, n'urine plus que 500 à 600 grammes, quoique vidant sa vessie en totalité.

Suite inédite de l'observation.

Le 7 mai. — On constate que la température est notablement abaissée sur le côté gauche du corps. Les poils de la cuisse et de la jambe *gauches* sont frisés, cassants, sec, et nettement augmentés de nombre, la peau est épaissie.

La main *gauche* perçoit moins bien le chaud et le froid que la droite.

Le malade va de mieux en mieux, demande à quitter l'hôpital.

Résultats de l'examen. — La sensibilité cutanée est exagérée, moins cependant qu'au début, surtout en ce qui concerne l'excitation douloureuse. Certains muscles et nerfs du côté *gauche* sont encore douloureux.

La température du membre inférieur *gauche* est inférieure à celle du droit.

Réflexes vaso-moteurs et pilaires à peu près égaux de chaque

côté, un peu plus durables à droite. Réflexe mamelonnaire plus accentué à *gauche*. Les phénomènes sensoriels n'existent plus. Sort de l'hôpital.

Rentre le 25 juin avec une blennorrhagie.

Le 6 juillet. — Arthralgie des articulations du genou et du coup-de-pied à *gauche*. Pas d'hydarthrose, ni rougeur.

Le 7 juillet. — Douleurs au coude *gauche*.

Le 9 juillet. — L'articulation du genou *gauche* est plus douloureuse; il y a de l'hydarthrose. Rougeur, chaleur.

La sensibilité profonde du côté gauche est exaltée.

Le 15 juillet. — État local meilleur. L'arthrite va beaucoup mieux, plus d'hyperesthésie.

Le 25 juillet. — Sortie de l'hôpital. Il reste une légère hyperesthésie superficielle et profonde du côté *gauche*.

OBSERVATION 6

Angine pré-peladique; Syndrome néo-dentaire *gauche* ; pelade péri-auriculaire et nuchale *gauche*; éruption de la dent de sagesse inférieure *gauche* (1).

M. B..., 18 ans, tourneur sur métaux, a eu il y a 4 ans une première atteinte de pelade.

Il y eut à cette époque deux plaques siégeant l'une à la nuque, à droite de la ligne médiane, l'autre derrière l'oreille gauche. Cette pelade aurait guéri complètement en six mois.

Le malade a de mauvaises dents et en a souffert autrefois à plusieurs reprises. Plusieurs molaires des deux côtés ont été cariées et se sont effritées, mais il n'y a pas souvenir de maux de dents récents.

B... ne pense pas avoir grandi notablement depuis un an ou deux. La croissance principale se serait faite entre 10 et 16 ans.

1. L. JACQUET, *Bulletin Soc. méd. des hôpitaux*, juillet 1902.

Il y a deux mois environ, il a eu un « commencement d'angine ». Pendant six jours, la déglutition était douloureuse, et le malade déclare *spontanément* que la douleur était beaucoup plus vive du côté *gauche*; ses souvenirs sont très précis à ce sujet. Cette angine s'est accompagnée d'une forte fièvre qui a duré deux jours.

Un mois environ avant son angine, il ressentait une certaine fatigue. Depuis quelques mois il a eu des *épistaxis* répétées, surtout à *gauche*.

La pelade actuelle a débuté il y a environ un mois et demi derrière l'oreille *gauche* par un disque qui s'étendit rapidement en bordure autour de l'oreille et à la nuque. Elle a cessé de s'accroître, au dire du malade, depuis une dizaine de jours.

L'examen du malade permet de constater aujourd'hui (7 juillet 1902) une héli-ophiasis, qui commence en avant, à 2 centimètres environ de la bordure antérieure *gauche* du cuir chevelu, descend derrière l'oreille, occupe tout le côté *gauche* de la nuque où elle atteint sa plus grande largeur, et se prolonge en se rétrécissant sur le côté droit de la nuque où elle se termine à 3 centimètres environ de la ligne médiane.

Les cheveux à la périphérie s'arrachent facilement; il y a très peu de poils massués et il n'existe qu'un nombre relativement restreint de poils cassés. Il n'y a que peu de dépilation diffuse.

La peau, qui est décolorée, est manifestement atone et flasque. Ce signe, très prononcé au niveau de l'aire peladique, se retrouve, d'ailleurs, à un degré moindre, sur tout le cuir chevelu.

Il existe un enduit séborrhéique très abondant à la périphérie où on peut le recueillir par le raclage avec une lame de verre. Les orifices des glandes sébacées, sont dilatés, et la pression en quelques points en fait sourdre des filaments de matière grasse. Le centre de la plaque ne présente pas ces caractères, et la peau y est presque sèche.

L'examen de la dentition donne les résultats suivants :

A *droite*, à la mâchoire supérieure la première prémolaire et la deuxième grosse molaire n'existent plus qu'à l'état de racines.

A la mâchoire inférieure, la première grosse molaire est cariée et présente une grande cavité.

A *gauche*, à la mâchoire supérieure, la première grosse molaire est réduite à l'état de racine.

A la mâchoire inférieure, la première grosse molaire est détruite, la deuxième est cariée et caverneuse.

Aucune de ces dents ou racines n'est actuellement douloureuse.

La *dent de sagesse* n'est encore apparue nulle part, sauf à la mâchoire *inférieure gauche* où elle est en voie d'éruption. Cette dent a commencé à percer en avant, mais elle est encore presque complètement recouverte par la gencive. La pression à ce niveau détermine une douleur très vive. Toute la gencive présente d'ailleurs une sensibilité marquée à la pression du côté *gauche*; cette sensibilité n'existe pas à droite.

L'examen de la gorge montre la luette légèrement œdématisée et pendante, les amygdales rouges et un peu grosses.

La paroi postérieure du pharynx, très rouge, sèche, est encombrée de mucosités concrétées.

Il existe une *adénopathie sous-maxillaire* bilatérale, plus prononcée à *gauche*.

L'examen de la sensibilité montre une hyperesthésie systématisée à *gauche*.

Les points d'émergence des nerfs, points malaire, sus-orbitaire, mentonnier, rétro-maxillaire et occipital, peu sensibles à droite, sont très douloureux à la pression du côté *gauche*.

Il existe une *hyperesthésie musculaire* très marquée, nettement systématisée au côté *gauche* du corps (sterno-mastoïdien, biceps, deltoïde, muscles de l'abdomen, etc.).

Il y a un léger degré d'*érythrose* auriculo-faciale *gauche* et *hyperthermie* de la joue *gauche*.

Varicocèle et ptose testiculaire prédominante à *gauche*.

Réflexe pileux exagéré à *gauche*.

9 juillet. — Le malade est examiné par M. le Dr Cruet qui commence le traitement en pratiquant l'extraction des racines de la première grosse molaire inférieure gauche (8 juillet).

Cette opération est suivie d'un état fébrile assez prononcé avec embarras gastrique.

La langue est chargée.

L'hyperesthésie *gauche* s'est encore accentuée, ainsi que l'hyperthermie.

L'analyse des urines est faite par M. Broquin, interne en pharmacie. Cette analyse porte sur l'urine recueillie du 8 au 9 juillet, le malade ayant de l'embarras gastrique et de la fièvre.

Suite inédite de l'observation.

Le 12 juillet. — Extraction des racines de la première grosse molaire supérieure *gauche*.

Le 19 juillet. — Le Dr Cruet pratique au thermo-cautère le décapuchonnement de la dent de sagesse incriminée. Cette opération grâce à une injection de cocaïne est peu douloureuse. Elle est suivie presque immédiatement d'une exagération considérable de l'hyperesthésie musculaire *gauche*. Les points d'émergence faciaux sont vivement douloureux à *gauche*.

L'hyperesthésie de la joue *gauche* s'accroît, il y a un peu d'érythrose.

Le 23 juillet. — Il y a une vive sensibilité de tout le côté *gauche* de la mâchoire mastication pénible, déglutition douloureuse avec maximum à *gauche*.

L'hyperesthésie cutanée s'est accentuée à tel point que le moindre contact est pénible dans toute la moitié *gauche* de la face et du cuir chevelu. Cette région douloureuse est indiquée spontanément par le malade lui-même.

La gorge est rouge. Adénopathie sous-maxillaire *gauche* douloureuse.

Il y a une exaltation énorme de la sensibilité musculaire dans toute la moitié *gauche* du corps. Encore un peu d'hyperthermie et d'érythrose de la joue à *gauche*.

Les cheveux viennent facilement sur toute la périphérie de l'aire peladique. Il ne semble pas y avoir accroissement notable de la plaque. La surface de l'aire ne présente toujours que quelques rares follets très fins et incolores.

OBSERVATION 7

Zona thoracique *gauche*. Hyperesthésie superficielle et profonde *gauche* ; dent de sagesse *gauche* en évolution (1).

Le nommé X..., 27 ans, est vu par M. Jacquet le 15 janvier 1904 pour un zona thoracique.

Éruption typique du côté *gauche* en demi-ceinture, rigoureusement localisée à gauche.

Apparition il y a cinq jours. Douleurs. Picotements.

Actuellement : il y a une hyperesthésie profonde et superficielle de tout le côté *gauche*.

Dent de sagesse inférieure *gauche* en évolution.

OBSERVATION 8

Contribution à l'étude pathogénique de l'herpès vulgaire (1).

Phlegmon à bascule du conduit auditif externe. Hypéresthésies systématisées du côté lésé. — Herpès vulgaire correspon-

1. L. JACQUET. Observation publiée dans *Bullet. Société méd. hôpitaux*, février 1904.

2. Observation publiée dans le *Festschrift* de Kaposi, Vienne 1900.

dant à ce même côté. Excitation gingivale. Hypéresthésies systématisées. Herpès du côté lésé.

Dans la nuit du 20 au 21 juillet 1899 légère douleur du conduit auditif externe *droit*.

Le 21 au matin, en faisant ma toilette, je constate :

1° L'inflammation phlegmoneuse du conduit, peu douloureuse spontanément mais très sensible au toucher par un stylet moussé.

2° Une vive sensibilité du cuir chevelu et de la face à *droite*, fait banal pour moi, notamment après mes fréquentes migraines. Mais muni de la notion récemment acquise, des hypéresthésies systématisées nées d'une irritation, j'étudie méthodiquement et minutieusement l'état de ma sensibilité.

Or j'éprouvais spontanément : des douleurs assez vives au moignon de l'épaule *droite* (où jadis j'ai subi une arthropathie grave);

Des arthralgies vagues dont la plupart des jointures *droites*, notamment dans celles des doigts, avec quelques picotements dans la pulpe de leurs extrémités;

Une sensation de brûlure du côté *droit* de l'isthme du pharynx; celle-ci se révéla lors de l'absorption d'un liquide chaud, se renouvela chaque fois que je tentai cette expérience et persista toute la journée, pendant les repas, mais avec une intensité moindre, dans la déglutition des divers aliments.

Puis, en explorant comparativement, par pressions répétées les troncs nerveux et les muscles, je m'assurai sans doute possible, que la sensibilité était exaltée, dans toute l'étendue du côté *droit*, avec décroissance graduelle de la tête aux pieds.

En outre je notai au cours de la journée, à plusieurs reprises, quelques sensations de chatouillement, de cuisson légère à l'extrémité *droite* du prépuce, ces sensations je les reconnus, les ayant fréquemment perçues déjà et j'annonçai, que j'aurais en ce point, une éruption d'herpès.

J'éprouvai aussi de très légères douleurs à la partie postéro-

externe du bras *gauche*; l'après-midi, une migraine survint, à prédominance *gauche*.

Le soir au coucher la sensibilité générale du côté *droit* s'est exaltée encore, au bras surtout; la main *droite* est le siège d'une bouffissure évidente, mais élastique, sans dépression œdémateuse possible.

Le 22 au matin : éruption typique d'herpès à vésicules transparentes au point déjà mentionné du prépuce à *droite*.

L'induration phlegmoneuse du conduit a diminué; l'hémisensibilité s'est amoindrie. Pourtant la gencive inférieure *droite* est très douloureuse et un peu saignante; j'en souffre beaucoup en mangeant, et aussi, mais moins, de la partie droite de l'isthme : le matin j'avais craché un grumeau amygdalien jaunâtre assez volumineux. Mon interne M. Vivier, examine ma gorge et ne constate rien d'anormal, ni rougeur ni tuméfaction, pas plus à droite qu'à gauche.

Dans la journée la sensibilité de pression s'amoindrit encore mais deux zones de causalgie cutanée typique se sont développées.

1° A la région postéro-externe du bras *droit*.

2° A la région antéro-inférieure de l'avant-bras *droit*.

En ce dernier point, assez fréquemment gratté, l'érection pilaire est accentuée et persistante.

Le 23 tout est rentré dans l'ordre ou peu s'en faut, sauf la douleur gingivale *droite* et les zones causalgiques *droites*.

Le 24, même constatation; la douleur de gencive et la causalgie restent encore, mais atténuées.

Le 25 plus rien.

Dans les premiers jours d'août, induration phlegmoneuse analogue, mais beaucoup moindre, du conduit auditif externe, *gauche*.

Puis, échelonnés jusqu'au 16 août, je perçois la série des phénomènes que voici :

Hypéresthésie légère du cuir chevelu et de la face à *gauche*;

points douloureux sus et sous-orbitaires à *gauche* ; migraine à prédominance *gauche* ; sécheresse pénible de la narine *gauche*, puis épistaxis *gauche* ; sensibilité du globe oculaire *gauche* ; herpès typique au côté *gauche* de la lèvre inférieure.

Enfin, le 16 août, comme phénomènes terminaux, nouvelle phase de sensibilité du globe oculaire *gauche*, et sensibilité gingivale *gauche*, au maxillaire supérieur seulement.

Je n'ai pas perçu d'hypéresthésie musculaire appréciable.

Le 16 septembre, j'éprouve autour de la deuxième molaire gauche quelques douleurs qui s'accroissent et m'obligent à faire pratiquer par le Dr Frey le déplombage de cette dent, plombée quelques années auparavant.

Ce déplombage, pratiqué le 20 septembre, fut extrêmement long et douloureux, et obligea à un emploi prolongé de la fraise à rotation mécanique.

Du 20 au 31 calme relatif.

Du 21 au 30, névralgie faciale *gauche* intense, à paroxysmes douloureux violents, à prédominance dans la sphère du maxillaire supérieur, et accessoirement de l'ophtalmique *gauche* ; hypéresthésie profonde, peu nette, à *gauche* ; hypéresthésie cutanée de la face, à *gauche* ; phases fréquentes et brèves d'engourdissement au bras *gauche* ; crampe linguale fort douloureuse du côté *gauche* ; enfin le 2 octobre bouquet d'herpès au côté *gauche* du prépuce.

OBSERVATION 9

Hémi-hypéresthésie *gauche*, suite d'une lymphangite de la main *gauche*.

Le nommé Ott., âgé de 29 ans, boucher.

Entré le 23 octobre 1901, salle Barraques, lit n° 4.

Père alcoolique, mort à 51 ans, après avoir souffert, pendant plusieurs années, de douleurs articulaires, a présenté un ama-

grissement très accentué des membres autour des jointures.

Mère, 49 ans, atteinte depuis quatre ans d'hémiplégie gauche et de douleurs du côté droit.

Un frère mort en bas âge.

Une sœur, morte à 12 ans ; « à la suite d'une peur », s'est mise à tousser, à maigrir, et a succombé au bout d'un an à une cachexie progressive.

Boucher depuis l'âge de 14 ans.

N'a jamais eu aucune maladie.

Excès alcooliques : 2 à 3 litres de vin, 4 à 6 absinthes et 5 à 10 petits verres, par jour.

Excès vénériens : 14 à 15 coïts par semaine. Huit blennorrhagies.

Pas de syphilis.

Le 3 octobre 1901, brusquement, en pleine santé, O..., a été pris, après déjeuner, de frissons répétés, fièvre et vomissements.

Aucun des autres convives n'a été indisposé à la suite de ce repas pris en commun.

Cet état persiste toute la journée et toute la nuit.

Les jours suivants, sensation de froid, surtout le soir. La moindre ingestion alimentaire est suivie de vomissements, et le malade ne prend qu'un peu de lait et d'eau sucrée. Sommeil capricieux.

Dans les deux premiers jours de cet état morbide, le malade a présenté une douleur profonde à la paume de la main *gauche*, avec gonflement de la paume et du dos, et gêne fonctionnelle très accentuée ; la peau de la paume devient violette, puis desquame par grands lambeaux au bout de deux à trois jours. O..., ne se rappelle pas s'être blessé à ce niveau.

En même temps, légère douleur à la paroi interne du creux axillaire *gauche*, un peu augmentée par les mouvements.

Deux jours après, douleurs dans le flanc *gauche*, au-dessus de l'épine iliaque, et dans la région épigastrique, un peu exagérées par la pression, les mouvements, la toux.

Au bout de huit jours, apparaissent des douleurs abdominales rapides, violentes, survenant surtout le soir, accompagnées d'une constipation qui persiste pendant douze jours.

Dès le début de l'affection, toux fréquente, quinteuse, parfois suivie du rejet de crachats muqueux, filants, quelques-uns striés de sang. Jamais d'hémoptysie vraie.

A l'entrée à l'hôpital, le 23 octobre, les douleurs de la main et de l'abdomen ont disparu ; seules les douleurs du flanc *gauche* et de l'épigastre persistent.

La toux et l'expectoration ont cessé.

Le malade se plaint d'un affaiblissement général.

Pas de fièvre.

Transpiration abondante, généralisée, surtout nocturne.

Le malade garde encore la trace au-dessous de la commissure labiale *gauche* d'un groupe de vésicules d'herpès, dont l'apparition remonte aux premiers jours de son état morbide.

Examen des poumons.

En arrière :

A gauche : légère submatité et inspiration un peu soufflante au sommet.

A droite : inspiration un peu rude au sommet ; légère submatité et inspiration un peu rude vers la partie moyenne.

En avant : inspiration un peu rude dans toute la hauteur du poumon droit.

Dans l'aisselle : aucun signe anormal.

Examen du cœur :

A la pointe : deuxième bruit très claquant.

A la base : premier bruit très assourdi, s'entend à peine ; deuxième bruit très claquant.

Foie normal.

Rate pas augmentée.

Urines : ni sucre, ni albumine, 1.200 à 1.500 grammes par jour, couleur claire.

Sensation subjective de froid à *gauche* (fesse, jambe et main).

constatée depuis longtemps déjà par le malade. Aucune différence objective d'un côté à l'autre.

Hypéresthésie cutanée et névro-musculaire nettement systématisée à gauche.

Légère sensibilité sous-cutanée à droite, très exaltée à *gauche*.

Réflexe plantaire très exagéré à *gauche*.

Hypéresthésie testiculaire *gauche*.

Érection mamelonnaire prédominante à *gauche*.

Réflexes pileux égaux des deux côtés.

Réflexe rotulien diminué à *droite*.

Réflexe crémasterien aboli des deux côtés.

Réflexes pupillaires normaux.

Acuité auditive et visuelle diminuée à droite.

Champ visuel droit un peu rétréci en haut et en dehors.

Ganglions épitrochléens à droite et à gauche.

Ganglions sous le bord inférieur du grand pectoral à gauche et à droite, prédominant à droite.

OBSERVATION 10

**Hypéresthésie névro-musculaire et cutanée généralisée
au cours de la fièvre typhoïde à prédominance *gauche*.**

Homme 23 ans, employé de bureau, entre à l'hôpital Saint-Louis pour fièvre typhoïde classique.

Boit modérément, père et mère sont bien portants.

On constate une *hypéresthésie généralisée, cutanée, musculaire, nerveuse*. Avec légère prédominance à *gauche*.

Exagération des phénomènes vaso-moteurs. Exagération des réflexes rotuliens. Ébauche de trépidation épileptoïde. Réflexe plantaire plus marqué.

A la guérison, on constate, sensibilité cutanée, normale. Au

compas de Weber, moins grande finesse de perception du *côté gauche*.

Réflexes pilaires, vaso-moteurs, normaux.

État squameux de la peau plus marquée à *gauche*; l'hypéresthésie musculaire a disparu dans la plupart des groupes musculaires, elle persiste aux S. C. mastoïdiens, aux pectoraux, surtout à *gauche*.

De même pour l'hypéresthésie nerveuse qu'on ne retrouve qu'au phrénique, à *gauche*.

Pas de zones hystérogènes, pas de troubles sensoriels.

Exploration quelques jours après. Disparition complète de l'hypéresthésie.

OBSERVATION 11

Hypéresthésie névro-musculaire généralisée au cours d'une fièvre typhoïde. Récidive des deux phénomènes.

X..., âgé de 16 ans, garçon marchand de vins, entré à Saint-Louis le 20 septembre 1898.

Antécédents héréditaires chargés. Père très nerveux et alcoolique.

Pas d'antécédents personnels.

Est garçon marchand de vin depuis deux ans, boit sans modération, apéritifs, vin blanc et vin rouge.

Le 10 septembre. — Début de sa maladie par lassitude générale, céphalée continue occipitale, insomnie, saignements de nez répétés.

Entre à Saint-Louis le 20 septembre.

Facies typhique, diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque, taches rosées. Température : 40° 2.

Examen de la sensibilité. — La sensibilité cutanée est normale.

Il y a hypéresthésie nerveuse et musculaire généralisée surtout aux membres inférieurs.

Le pincement de toutes les masses musculaires, du cou, du tronc, des membres est douloureux, particulièrement celui des muscles du tronc et de l'abdomen.

La pression exercée sur les nerfs pneumogastrique, intercostaux, crural, sciatique, est également douloureuse. L'hypéresthésie est moins marquée à la partie supérieure du corps.

Les jours suivants l'hypéresthésie reste aussi violente.

Le 27 septembre. — Elle a sensiblement diminué.

Le 28, 29, 30 septembre. — Elle va sans cesse décroissant. La température baisse, l'état général est meilleur, entre en convalescence.

Le 1^{er} octobre. — Élévation de température à 39°5; l'hypéresthésie subit un contre-coup, elle redevient très vive.

Les jours suivants, diarrhée, nouvelle éruption de taches rosées.

Les troubles sensitifs restent sans varier jusqu'au 17 octobre où l'on constate qu'ils sont en décroissance.

Ils disparaissent peu à peu avec le progrès de la guérison.

OBSERVATION 12

Pemphigus de la jambe gauche. Hypéresthésie névro-musculaire du même côté.

M^{me} O..., Joséphine, 32 ans, entrée salle Gibert le 4 août 1898. Lit, n° 14.

Antécédents héréditaires. — Père mort, chaud et froid, à 35 ans. Mère morte à 62 ans, maladie de cœur, très nerveuse.

Le père était buveur.

Onze frères ou sœurs; il ne reste qu'un frère, les autres sont morts jeunes. Le frère restant a des attaques de nerfs.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. A 13 ans fièvre typhoïde, pendant la convalescence troubles parétiques du côté *gauche*, disparus au bout d'un an.

Mariée à 19 ans, sept grossesses, après la dernière, troubles génitaux; ovariectomie en 1895, n'a plus eu ses règles depuis.

Le 3 août. — Entre à l'hôpital se plaignant d'une vive douleur à l'articulation tibio-tarsienne *gauche*, la face dorsale du pied présente des ulcérations. On constate des bulles au nombre de cinq.

Mode de début. — En février, spontanément douleur à l'articulation tibio-tarsienne, élancements qui persistent sans rémission notable.

A la fin de juin apparaissent les premières bulles à la face dorsale du pied, rapidement, en l'espace d'une nuit; à cette époque pas de surmenage. État général bon.

Le mercredi 2 août. — La malade vient consulter. Dans la nuit du 1 au 2, nouvelles bulles sur la jambe, et l'articulation tibio-tarsienne *gauche*, après l'éclosion des bulles, l'arthralgie était moins intense.

Examen local. — La jambe *gauche* tout entière est douloureuse; ulcérations sur la face dorsale du pied à la place des premières ulcérations; plusieurs bulles récentes sur face antérieure et externe de la jambe.

Il existe à *gauche*, une arthralgie prononcée, exagérée par les mouvements. Le calcanéum est douloureux, achyllo-dynie très vive.

Examen général. — Hémihypéresthésie névro-musculaire *gauche*, nerfs, muscles, os, articulations, insertions tendineuses.

A la face, douleur à la pression des points d'émergence du trijumeau à *gauche*.

Diminution très notable de la sensibilité superficielle à *gauche*. Thermanesthésie à *gauche*. Réflexes vaso-moteurs et cutanés normaux des deux côtés. Pas de dermographisme; pupilles égales.

La température de tout le côté *gauche* est inférieure à celle du côté droit; la différence est surtout perceptible à la main, et à la jambe; la température locale prise aux mollets donne une différence d'un degré.

Depuis le 12 août, les douleurs articulaires (tibio-tarsiennes gauches) très violentes à certains moments, surtout la nuit, paraissent subir des phases d'augmentation annonçant d'ordinaire les éclosions bulleuses. Au contraire, immédiatement après, une *détente notable se produit* dans les douleurs.

Cœur. Poumon. — Rien d'anormal à son entrée; compresses d'eau bouillie; les ulcérations sont cicatrisées.

15 août. — L'arthralgie de l'articulation tibio-tarsienne *gauche* est vive; crise douloureuse, violente après application d'un aimant; aucune modification dans les phénomènes sensitifs.

19 août. — Siphonage du membre inférieur *gauche*. On constate quelques heures après, que la sensibilité superficielle est plus marquée qu'avant. Les douleurs du membre inférieur *gauche* sont moins vives.

20 août. — Depuis hier, douleur du bras *gauche*. Le phénomène de la « *chair de poule* » est manifeste sur le côté *gauche* de la poitrine.

21 août. — Même état qu'hier. La douleur du bras est la même; il n'y a pas de différence appréciable entre les deux membres supérieurs.

La malade sort par caprice le 22.

OBSERVATION 13

Hypéresthésie névro-musculaire *gauche* probablement hystéro-toxique, pas de parésie, exagération de la sudation à *gauche*, sciatique *gauche*. Urticaire, dermatographisme, transferts morbides divers.

Q... 35 ans, entre salle Beau, le 2 avril 1898, se plaignant de souffrir au membre inférieur *gauche*.

Antécédents héréditaires.— Père mort à 72 ans. Notaire dans l'Yonne. Hématurie à causé sa mort (?)

Se portait bien, n'était pas nerveux, ne faisait pas d'excès d'aucune manière.

Mère a 67 ans : elle se porte bien, n'a jamais fait aucune maladie ; elle n'est pas nerveuse ; pas plus qu'une sœur âgée de 45 ans, qui, elle aussi, est en bonne santé.

Antécédents personnels. — Tempérament nerveux.

A 7 ans tœnia qui a été rendu par la maladie. « On a vu la tête. »

Jusqu'à 18 ans études au collège de Rouen. De 18 à 20 ans le malade travaille au notariat à Paris. A 20 ans il s'engage, part au Tonkin où il reste trente-deux mois. Là il a eu, comme beaucoup de ses camarades, « le scorbut ». A ce moment le principal symptôme de la maladie était une forte gengivite.

Le malade « a eu fortement les fièvres » surtout à son retour du Tonkin. Anémie consécutive. Depuis deux ans aucun nouvel accès de fièvre.

Au retour du Tonkin le malade a une seconde fois le tœnia qui a été de nouveau rejeté. « On a vu la tête. »

Il y a trois ans pleurésie *gauche* dont l'étiologie est très peu précise.

La même année au mois, de mai, névralgie du plexus sciatique *gauche*. C'est alors la première fois que le malade se plaint de névralgie.

Après vingt-sept jours passés à l'hôpital du Havre où la sciatique est traitée par des frictions d'alcool camphré et par de la teinture d'iode le malade souffrait encore un peu. Aucun surmenage aucun dérangement à sa vie habituelle n'est signalé par le malade comme pouvant être la cause de cette sciatique.

Au mois de décembre 1896 douleurs très violentes localisées à la hanche droite. Deux mois se passent à l'hôpital. Traitement par les pointes de feu à la région douloureuse. Après ce temps toute souffrance disparaît.

Au mois d'octobre 1897 deuxième pleurésie gauche, vésicatoire et pointes de feu. Après un mois rétablissement du malade.

Le 2 février récidive de la pleurésie: rétablissement assez rapide.

Le malade a remarqué que depuis son retour du Tonkin il est faible, il a des sueurs nocturnes. Depuis cinq ans il a maigri beaucoup.

Il y a quinze jours le malade commence « à souffrir de sa jambe *gauche* ».

Avant cela excès de toutes sortes. Pendant quinze jours :

Chaque jour :

3 à 4 litres de bière.

1 litre de vin.

4 à 5 absinthes.

5 à 6 verres de rhum, eau-de-vie et beaucoup de café.

Pendant sept jours, il a vu une femme six à sept fois par jour.

Avant cette époque il ne buvait qu'un litre de vin par jour et deux absinthes.

État actuel. — Le 2 avril 1898 le malade entre à l'hôpital Laënnec.

Il se plaint de vives douleurs au niveau du membre inférieur *gauche*; douleurs lancinantes éclatant sous forme d'accès.

La douleur est augmentée par la marche. C'est à peine si le malade peut faire quelques pas en s'appuyant sur les objets qui l'entourent.

Lorsque le malade est debout, la douleur de la jambe *gauche* l'oblige à pencher le corps à droite.

La douleur est réveillée à la pression sur tout le parcours du sciatique *gauche*. Le point trochantérien est particulièrement douloureux.

Le plexus lombaire est aussi douloureux à la pression. Le tronc du crural *gauche* est très douloureux. Le malade dit que c'est à ce niveau que la douleur a commencé à apparaître.

A un examen plus approfondi, on remarque (chose ignorée du malade), que tous les troncs nerveux du côté *gauche* sont douloureux à la pression.

Douleur très vive au niveau de l'insertion inférieure du sterno-cléido-mastoïdien, sur le pneumogastrique, plus fort à *gauche*. Cette douleur ressemble, au dire du malade, « à une piqûre d'aiguille ».

Le trajet des nerfs intercostaux, le plexus brachial, accusent de la douleur, moins vive toutefois que la douleur du plexus sciatique et du plexus lombaire.

Sur tout le côté *gauche* il y a hypéresthésie musculaire. Le bord supérieur du trapèze est particulièrement hypéresthésié. Avec cette hypéresthésie musculaire il y a de l'anesthésie cutanée. La sensation de piqûre de chaud et de froid est moins nette à *gauche* qu'à droite.

A *droite* les troncs nerveux sont moins douloureux qu'à gauche. Douleur bien moins forte au niveau du pneumogastrique droit.

Hypersensibilité du plexus brachial au niveau de l'aisselle.

Le sciatique est un peu douloureux au point péronier. L'hypéresthésie musculaire existe aussi à droite, moins forte qu'à gauche. Pas d'anesthésie cutanée.

Le membre inférieur *gauche* est plus froid que le membre inférieur droit. A la main la différence de température se perçoit surtout au niveau du talon à 2 degrés au moins très nette à la main. Au bras la différence n'est pas perceptible.

Le réflexe rotulien est normal à droite : il semble un peu exagéré à *gauche*.

A droite le réflexe plantaire est exagéré. Le réflexe *sudoral* est exagéré dans tout le côté *gauche*.

Le nombril forme comme une citerne où vient se déverser la sueur.

Pas de diminution de la force musculaire. Pas d'atrophie musculaire du côté gauche. *Pas de troubles sensoriels.*

Le malade se plaint d'une douleur pongitive à la base du poumon gauche où se trouvait localisée sa pleurésie. A l'auscultation, on entend à ce niveau une respiration rude, expiration prolongée. Sommets douteux.

Rien au cœur.

Le malade mange et digère bien.

11 avril. — Traitement de la sciatique par le siphonage.

Le 10 avril. — Le malade mange du poisson.

Le lendemain on remarque des plaques d'urticaire avec érythème marginé, circoné et ortié à maximum aux fesses et aux genoux *gauches*.

Le malade se rappelle avoir eu un petit accès d'urticaire il y a quelques années après avoir mangé du poisson. Son père ne pouvait pas manger de poisson pour la même raison.

Le lendemain l'urticaire est aussi violente. Il y a du dermographisme.

A 9 h. 40, raies tracées sur la poitrine : réaction très lente. A 10 h. 25, ces raies se sont accentuées beaucoup : elles ont une couleur rosée, sont larges de 1 à 1 cent. 1/2 avec quelques boursofflures.

Après le repas à 11 h. 30 la réaction vaso-motrice est plus rapide. En l'espace de vingt minutes les raies apparaissent aussi fortes que celles tracées avant le repas.

Le malade prend pendant trois jours, 2 grammes d'antipyrine. Aucun résultat.

Le malade éprouve des démangeaisons continuelles. Il ne peut plus prendre de repos. Sommeil nul.

14 avril. — 5 h. 1/2 du soir, piqûre de morphine. Les démangeaisons cessent après la piqûre. Elles ne reviennent que deux heures après et ne durent que dix minutes. Le malade ne dort pas pendant la nuit du 14 au 15 avril, mais il souffre peu et n'a que pendant un quart d'heure des démangeaisons assez faibles. La journée du 15 est calme. Le soir nouvelle piqûre de morphine à 5 h. 1/2. Une heure après l'éry-

thème ortié semblait moins marqué que le matin. Respiration : 26 par minutes, pas de type de Scheyne-Stokes.

A 7 heures moins 5 minutes du soir, les raies tracées sur la peau apparaissent à peine ortiées. Quelques démangeaisons apparaissent à ce moment. La nuit suivante est très bonne, le malade a dormi.

Depuis le moment où le malade a commencé son urticaire : ses douleurs de *sciatique* et son point douloureux du côté *gauche* ont sensiblement *diminués*.

Le 18 avril. — L'urticaire a complètement disparu. Le malade qui s'était mis de lui-même au régime lacté reprend sa nourriture habituelle. Les piqûres de morphine sont supprimées.

Le malade peut faire quelques pas sans trop souffrir.

Rien de changé au point de vue de la sensibilité générale.

Le crural *gauche* est plus douloureux à la pression que précédemment ; le *sciatique* du même côté est moins douloureux.

La douleur du plexus brachial *droit* au creux axillaire semble s'être accentuée.

Rien de changé au sujet de l'hypéresthésie musculaire si ce n'est que contrairement à ce qui avait été observé précédemment le bord supérieur du trapèze est plus douloureux à *droite* qu'à gauche.

Le réflexe rotulien est exagéré de deux côtés, plus à gauche qu'à droite.

Le réflexe sudoral qui, au jour de l'entrée du malade, était plus fort à gauche quelques jours après était exagéré à *droite* et maintenant est égal des deux côtés.

Le dermatographisme diminue peu à peu. Le 20 avril, les raies apparaissent après dix minutes avant le repas elles sont beaucoup moins larges que les jours précédents. Elles durent pendant une demi-heure.

Le 24 avril le dermatographisme est nul.

3 mai. — Le malade, dont l'état général s'améliorait, se plaint

de maux d'estomac, de nausées, d'aigreurs. Il a vomé il y a deux jours, un quart d'heure après le repas.

Ces troubles remontent à huit ou dix jours.

La pression au creux épigastrique, dans l'hypochondre droit et gauche, mais surtout au-dessus de l'ombilic est extrêmement douloureuse. Elle est très douloureuse aussi entre les chefs inférieurs du sterno-cléido mastoïdien, sur le trajet du pneumogastrique. Pas de douleurs spontanées. Il semble que ce soit la première fois que pareils troubles se produisent.

Les douleurs de la jambe gauche sont à peu près nulles.

6 mai. — État stationnaire. Pouls : 68. Après une légère excitation de l'abdomen. P. : 80.

14 mai. — Amélioration sensible. Les douleurs gastriques et le sentiment nauséux ont complètement disparu, mais l'épigastre et les hypochondres sont encore douloureux à la pression.

OBSERVATION 14

Zona dorso-pectoral droit avec éléments zostériens aberrants. — Hypéresthésie névro-musculaire droite.

X., 66 ans, concierge, entre à l'hôpital Laënnec, le 22 juin 1893.

Antécédents héréditaires. — Père mort de maladie inconnue, bien portant de son vivant.

Mère morte de vieillesse, maladie inconnue.

Un frère bien portant, mais qui a perdu de vue de très bonne heure, ne sait pas ce qu'il est devenu.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade dans son jeune âge.

A 16 ans, il contracte les fièvres paludéennes dans le département de la Loire. Il les aurait gardées quatre ans. Elles lui revenaient tous les jours à la même heure.

A 20 ans, il part pour le régiment. Quatorze ans de service actif. Il fait les campagnes d'Italie et de Crimée. En Crimée, il contracte la dysenterie. En 1870 s'engage comme volontaire ; il n'aurait pas fait de maladie pendant toute la durée de cette guerre.

En 1888, il contracte une grippe qui, paraît-il, lui aurait duré quinze jours.

Depuis près de vingt ans, il souffre à l'épaule droite de douleurs articulaires assez vives, principalement en hiver, et les jours où il se fatigue davantage de son bras droit.

Cet homme aurait bu énormément pendant tout le temps qu'il a été soldat, s'enivrait fréquemment, et de plus beaucoup d'excès génitaux.

Mais depuis qu'il est frotteur (et il fait ce métier depuis vingt-huit ans) il ne s'enivre plus, boit en moyenne une chopine par jour, un à deux petits verres d'eau-de-vie, mais plus d'excès génitaux.

Cet homme travaille en moyenne de quatre à cinq heures par jour et se sert surtout de ses bras, principalement de son bras droit, mais ne s'est jamais surmené.

Dix jours avant son entrée à l'hôpital, le samedi 11 juin, il aurait commencé à souffrir de douleurs affectant le caractère névralgique et occupant comme siège la partie supérieure latérale droite de la poitrine, douleurs lancinantes, avec irradiation au bras droit. Ces douleurs seraient survenues sans cause apparente. Car le malade prétend ne pas s'être surmené davantage les jours précédents.

Le samedi 18 juin au moment de se coucher, il s'aperçoit qu'il a la partie postérieure et supérieure du thorax, la partie postérieure de l'épaule, et la partie latérale droite de la poitrine, couvertes de larges plaques érythémateuses.

Ces placards ne sont pas prurigineux. Mais le malade se ressent d'un malaise général, et va être obligé d'arrêter son travail.

Il entre à l'hôpital Laënnec, le 22 juin.

État actuel. — A son entrée à l'hôpital on constate :

Trois larges placards de zona assez rapprochés l'un de l'autre et disposés suivant une ligne courbe qui part en arrière de l'épine dorsale à peu près au niveau de la 5^e dorsale, passe sous l'aisselle droite et vient aboutir en avant, partie médiane du thorax, région sternale, à 5 centimètres environ au-dessus de l'appendice xyphoïde.

Le placard postérieur plus long que large, uniforme à hile supérieur, long de 15 centimètres, large de 6 centimètres sur sa partie moyenne,

Un peu en dehors, en allant vers l'aisselle il y en a un autre qui occupe à peu près les trois quarts de la région sous-épineuse droite, descend vers l'aisselle, empiète, même sur le bord inférieur du grand dorsal, descend aussi sur le bras, partie postérieure, et s'arrête à un centimètre environ au-dessus de l'insertion deltoïdienne. Le placard antérieur est plus oblong. Son grand axe a une direction oblique en bas, en avant et en dedans, dépasse même un peu la ligne médiane de 1 c. 1/2 environ.

Deux bandes de peau saine, à peu près verticales, divisent cette plaque érythémateuse en trois segments : un segment postérieur losangique, un segment moyen, triangulaire, un segment antérieur irrégulièrement quadrilatère.

Sur ces trois placards se détachent en relief, des vésicules en nombre considérable, formant des groupes de vésicules — de quatre à douze éléments — entourés d'une bordure érythémateuse. Elles sont plus ou moins indépendantes les unes des autres, il y en a même qui se sont déjà fondues de manière à former de véritables phlyctènes.

Quelques-unes sont encore transparentes, d'autres sont franchement purulentes, même le plus grand nombre a une tendance marquée au sphacèle. Il y en a déjà quelques-unes qui se sont affaissées ou se sont rompues. Il ne reste plus à leur place que

des croûtes d'un gris noirâtre, à bords irréguliers, insensibles quand on les pique.

La sensibilité au niveau des trois placards existe à un moindre degré que sur les parties de peau saine.

Les placards zostériens ne sont pas prurigineux. Le malade éprouve seulement un peu de cuisson et surtout de temps en temps, des douleurs lancinantes dans toute la région affectée.

Cet homme présente, de plus, disséminés sur plusieurs points du tronc et des membres, des éléments zostériens isolés, en voie d'évolution, entourés chacun d'une petite auréole érythémateuse d'un rouge plus ou moins foncé.

Il y en a surtout sur la partie postérieure du tronc, une quinzaine environ, très espacés les uns des autres.

Il y en a trois sur la partie latérale gauche de la poitrine.

Deux ou trois éléments isolés sur la peau du ventre à gauche de la ligne blanche.

Deux dans le pli interfessier, dont un près de la marge de l'anus.

Il y en a aussi sur les membres, au bras droit, une dizaine sur la face postérieure de la région, formant un petit groupe à contour ovalaire, à grand diamètre vertical, occupant à peu près la partie moyenne de la région.

A la cuisse droite, deux éléments sont sur la face antérieure, deux autres sur la face postérieure.

État général. — Le malade a de la fièvre : Température. 38.6.

Il a la face fortement colorée surtout au niveau des pommettes.

Léger degré d'abattement et de lassitude.

Système nerveux. — Hypéresthésie nerveuse sur le trajet de certains nerfs.

Médian au bras *droit*.

Phrénique et pneumogastrique *droit*. Le malade a le clou névralgique.

Le trijumeau *droit* est douloureux à l'émergence de ses deux

branches sus et sous-orbitaires, la branche mentonnière est indolente à la pression.

Le facial *droit* est aussi douloureux à son émergence.

Système musculaire. — Sont aussi douloureux quand on les pince, le sterno-mastoïdien et trapèze, le grand pectoral du même côté ; les masses musculaires des autres régions sont indolentes.

Système articulaire. — Toutes les jointures sont indemnes, sauf l'épaule *droite*, qui est un peu douloureuse spontanément, et quand on presse sur certains points. Principalement dans le sillon delto-pectoral *droit*. Les mouvements de cette jointure sont libres et se font dans toute leur étendue.

Système lymphatique. — Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable, ni dans les aisselles, ni dans les creux sus-claviculaires ni dans les aines.

Appareil digestif. — Pas de troubles digestifs apparents : un peu d'anorexie cependant, mais pas de diarrhée ni de constipation, langue rouge et humide.

Appareil respiratoire. — Murmure respiratoire s'entend dans toute l'étendue de la poitrine. Sonorité normale dans l'étendue des deux poumons.

Appareil circulatoire. — Battements du cœur sont bien frappés.

Pouls un peu accéléré : 112.

On soumet le malade, dès son entrée à l'hôpital, à un traitement approprié.

Urines claires, abondantes, ni sucre, ni albumine.

Applications de glycerolé d'amidon.

Le 5 juillet. — On cesse les applications de glycerolé d'amidon et on les remplace par une pommade ou plutôt une pâte à l'oxyde de zinc.

Le samedi 9 juillet. — A l'examen du malade on peut constater une amélioration considérable de l'état local.

Les plaques zostériennes ont pâli d'une façon réelle. Toutes les vésicules se sont affaissées. Il reste encore quelques petites

ulcérations rouges. Les croûtes sont tombées en grande partie, et il ne reste à leur place que des cicatrices grisâtres à bords irréguliers indélébiles.

Les éléments zostériens diminuent.

Beaucoup ne sont pas arrivés à la phase vésicule, et se sont arrêtés dans leur évolution : je veux parler surtout de ceux que présentait le malade à son entrée à l'hôpital, sur la face postérieure du bras.

Ceux qui sont arrivés à la phase vésicule, se sont rompus, et il ne reste plus maintenant à leur place que de petites tâches cicatricielles.

L'hypéresthésie nerveuse et musculaire que le malade présentait sur certains points, a complètement disparu.

OBSERVATION 15

Neurasthénie. Rachialgie et hypéresthésie musculaire ; alternances remarquables entre ces deux symptômes.

Lem..., 28 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 8 novembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 33 ans subitement. Mère bien portante.

Pas de frères, pas de sœurs.

Marié; sa femme se porte bien; une fille très nerveuse.

Antécédents personnels. — Aucune maladie d'enfance.

Pas de blennorrhagie.

Pas buveur.

Souffre toujours de maux de tête atroces depuis l'âge de 10 ans.

Au dire du malade il n'a jamais eu aucun chagrin ou émotion sérieuse. Parmi les accidents il lui est arrivé un jour de tomber d'une voiture, mais sans conséquence appréciable. Il n'a

jamais fait aucun excès. Toujours bien portant, excepté la migraine.

Aucun trouble du côté du tube digestif ou du côté du foie, non plus du côté des organes génitaux.

Les maux de tête dont le malade se plaint depuis l'âge de 10 ans sont souvent insupportables. Commencent, d'habitude, le matin au réveil du malade, durent toute une journée, pour disparaître le soir.

La céphalée siège chez lui au front, à l'occiput et sur les tempes ; nous voyons donc la céphalée avec sa ligne circulaire caractéristique. Le moindre bruit ou odeur forte accroît son intensité ; au contraire, les repas la font disparaître pour un certain temps. On constate que les cheveux sont considérablement tombés mais le cuir chevelu ne présente aucune hypéresthésie.

C'est la rachialgie qui constitue par elle-même toute sa maladie et c'est par elle, que la maladie avait commencé.

C'était au mois de septembre dernier que le malade a éprouvé des douleurs au niveau du sacrum et du coccyx (dans les reins d'après le dire du malade) ; les vésicatoires les ont fait passer au bout de quinze jours. Elles réapparaissent quelques jours après. Siégeant d'abord au niveau du sacrum elles montent jusqu'à la partie supérieure de la colonne vertébrale, avec prédominance aux angles inférieurs des deux omoplates, et entre les bords internes de celle-ci. Ces douleurs musculaires diminuent de jour en jour, mais on les réveille par la percussion sur la colonne vertébrale.

Le malade a parfaitement conservé sa mémoire. De caractère très gai, il ne cherche pas du tout l'isolement, au contraire, aime bien la société.

L'appétit est bon, pas de constipation ni de diarrhée.

Le sommeil est un peu dérangé par les cauchemars dont il se plaint depuis qu'il est à l'hôpital, c'est-à-dire depuis le 8 novembre.

Il a bonne mine et ne présente aucune dilatation de l'estomac.

Pas de vertiges.

La sensibilité cutanée est conservée ; aussi pour le chaud et le froid.

Ce qui l'ennuie ce sont les bourdonnements d'oreille.

Il ne présente aucune sensation de gêne de la respiration.

Le pouls est normal.

Il a souvent des palpitations en montant l'escalier.

Le pieds ne portent pas de cors, et présentent un suintement moyen. Les sueurs sont très abondantes pendant l'été.

Une chose importante à noter c'est qu'à mesure que les douleurs musculaires, interscapulaires diminuent, il apparaît des douleurs atroces des sterno-mastoïdiens et des trapèzes (surtout du côté gauche). Le grand pectoral est très sensible à son insertion humérale.

OBSERVATION 16

Épanchement pleural du côté droit. Hémihypéresthésie névro-musculaire droite.

H. Dem... 19 ans, domestique, entre le 30 septembre 1899 à l'hôpital pour un point de côté *droit*.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, bonne santé, n'a jamais été malade ; mère morte à 25 ans, suites de couches.

Antécédents personnels. — S'enrhume facilement l'hiver, touse ; sobriété relative : 1 litre de vin par jour, quelquefois apéritifs.

Au mois de juin dernier, traumatisme du thorax à droite ; la douleur persista quelques jours et disparut.

Un mois après, retour de la douleur d'abord peu vive, puis de plus en plus forte. Il y a trois jours se décide à voir un médecin qui diagnostique une pleurésie *droite* avec épanchement. La malade est très essoufflée, ne peut pas monter les escaliers. souffre beaucoup du côté *droit*, entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve tous les signes classiques d'un épanchement à *droite* d'abondance moyenne. Au sommet *droit*, respiration rude, un peu soufflante, sans un craquement.

Foie un peu abaissé.

Tachycardie.

Urines rares et albumineuses.

Il y a hypéresthésie névro-musculaire du côté *droit*. Les muscles trapèze, sterno-cléido-mastoidien, grand pectoral, le paquet nerveux du bras sont beaucoup plus sensibles à *droite* qu'à gauche.

Les muscles de la cuisse, le droit interne, les adducteurs, les jumeaux au mollet sont bien plus sensibles à *droite* qu'à gauche.

De même pour le nerf sciatique et ses branches.

Le testicule *droit* est plus douloureux que le gauche.

La cuisse gauche est plus chaude que la droite.

De même pour le genou gauche ; la jambe droite est plus chaude que la gauche.

Ponction de 1200 grammes.

L'hypéresthésie ne semble pas subir de modification.

OBSERVATION 17

Hémi-hypéresthésie (supérieure) *droite*, suite de coliques hépatiques.

Jeune fille de 20 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels à noter. Vient pour un reste de jaunisse et des douleurs du côté gauche.

Sclérotiques encore subictériques, de même que les téguments. Elle a été pendant une quinzaine jaune canari. Cela est survenu à la suite de douleurs d'estomac à maximum à l'hypochondre *droit*, qui ont duré un mois environ.

Aujourd'hui foie normal. Sensibilité épigastrique et hypéresthésie névro-musculaire généralisée, tronc bras et nuque, à prédominance *droite*.

Face respectée.

Sensibilité cutanée normale. Pas de troubles sensoriels. Cette jeune fille n'est pas nerveuse. Ses parents ne le sont pas davantage.

Cependant les crises douloureuses ont succédé de manière évidente à des émotions assez vives.

OBSERVATION 18

Congestion pulmonaire bilatérale; hypéresthésie profonde *droite* en rapport avec une lésion du sommet *droit*.

X..., âgé de 50 ans, maréchal ferrant, entre à l'hôpital Laënnec, le 24 mai 1898.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une hernie étranglée.

Mère morte paralysée du côté gauche.

Deux frères et quatre sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais été malade jusqu'à son entrée au régiment en 1869.

En 1869, il a eu la variole.

Plus tard il a été opéré de deux hernies inguinales et d'un varicocèle.

En septembre 1836, congestion pulmonaire.

Depuis l'âge de 16 ans il fait le métier de maréchal ferrant, il travaille onze heures par jour et le métier est dur.

De temps en temps il a eu des refroidissements qui ont occasionné des douleurs siégeant dans le côté droit, dans la jambe gauche et dans le bras gauche.

Ces douleurs se sont montrées à plusieurs reprises.

A l'âge de 28 ans il a commencé à boire, et depuis il absorbe régulièrement 1 litre de vin et deux absinthes par jour. Quelquefois un peu plus.

A l'âge de 7 ou 8 ans, il avait déjà un tremblement des mains accentué surtout à la main gauche.

Il n'a jamais fait d'excès vénériens.

Il n'a jamais eu aucune maladie vénérienne.

Il est assez sujet aux douleurs rhumatismales. Cela tient, d'après lui, à ce que, pendant trois ans, pendant la guerre et après la guerre, il couchait par terre sous la tente ou dans des bâtiments en bois très humides.

Il tousse depuis huit jours et c'est pour cette toux qu'il entre dans le service le 24 mai 1898.

État actuel. — 25 mai. — A l'auscultation, râles sibilants disséminés dans toute la poitrine.

Souffle mitral.

30 mai. — Les râles sibilants ont été remplacés par des râles muqueux.

Il est pris d'une douleur siégeant à l'épaule *droite* et dans tout le bras. Il ne peut attribuer cette douleur à aucun accident ni à aucun refroidissement.

A l'épaule : cette douleur qui envahit toute la région est spontanée et intermittente.

Au bras : la douleur n'est pas spontanée, elle ne se produit qu'à la pression.

Le bras et la main gauche sont plus froids que le bras et la main *droite*.

Il ressent parfois des fourmillements et de l'engourdissement dans les deux bras et dans les deux mains, mais surtout dans le bras et la main gauche.

Tremblement des deux mains mais surtout de la main gauche.

Hypéresthésie névro-musculaire et cutanée du côté *droit*, et

plutôt dysesthésie à *gauche*, excepté dans l'épaule et dans le bras.

Les réflexes pupillaires sont normaux.

Le malade est presbyte mais n'a pas de rétrécissement du champ visuel.

L'acuité auditive est diminuée à *gauche*.

OBSERVATION 19

Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale. Lésions prédominantes à *droite*. Hypéresthésie névro-musculaire *droite*. Hypéresthésie cutanée. Pupille *droite* dilatée.

Homme, 43 ans. Tuberculeux depuis six mois; pas nerveux, peu alcoolique.

Tuberculose des deux poumons, à *droite*, troisième degré, caverne énorme, lésions ulcéreuses descendant très bas surtout en avant.

A *gauche* : submatité, deuxième degré. Quelques craquements humides.

Sensibilité musculaire : *hypséresthésie très vive* des muscles du tronc à *droite*; à *gauche*, pas trace de sensibilité des muscles.

Aux bras et aux jambes la sensibilité est égale des deux côtés.

Sensibilité nerveuse : *hypéresthésie de tous* les troncs nerveux du *côté droit*. La chose est sensible surtout pour le pneumogastrique *droit*.

Sensibilité cutanée : *hypéresthésie* sur toute la *moitié droite* du tronc, sur les membres il y a aussi hypéresthésie mais moins vive, décroît de la racine à la périphérie.

Dermographisme égal des deux côtés.

Réflexes pilaires abolis des deux côtés, *hypéresthésie* du testicule *droit*.

Pupille droite légèrement dilatée, le malade a été observé pendant huit à neuf jours de suite, aucun changement appréciable n'est survenu dans son hypéresthésie névro-musculaire et cutanée, application d'aimant deux jours sans résultat.

OBSERVATION 20

Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale. Lésions prédominantes à gauche. Hypéresthésie profonde gauche partielle. Variations journalières.

Homme, 50 ans, alcoolique, nerveux.

Tuberculose à marche rapide, état général mauvais.

État des poumons : à *droite* : Lésions peu marquées, submatité, quelques craquements humides.

À *gauche* ; troisième degré. Caverne, gargouillement, infiltration jusqu'en bas.

Sensibilité musculaire : au bras égale des deux côtés. Biceps *gauche* hypersensible.

Hypéresthésie de tous les muscles de la jambe *gauche*.

Au tronc les *pectoraux gauches* sont hypersensibles.

Sensibilité nerveuse : Paraît égale des deux côtés. Le *pneumogastrique gauche* est très douloureux.

Sensibilité cutanée : paraît normale des deux côtés.

Dermographisme et réflexes pilaires égaux des deux côtés.

Pas de troubles sensoriels.

Ce malade, observé trois jours de suite, présente quelques variations, dans sa sensibilité. C'est ainsi que la légère hypéresthésie qui siège au membre inférieur gauche était localisée le premier jour au mollet ; le lendemain elle est plus nette aux adducteurs au quadriceps de la cuisse ; le troisième jour, plus apparente aux muscles du mollet.

OBSERVATION 21

Tuberculose pulmonaire du sommet *droit*. Orchi-épididymite *droite*. Hémi-hypéresthésie superficielle et profonde *droite*.

X..., 37 ans, journalier, entre à l'hôpital, 8 juin 1898.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Depuis une dizaine d'années, X... s'enrhume et tousse tous les hivers.

Il y a deux ans petite hématurie, que le malade et le médecin traitant ont attribué à des chagrins.

En novembre 1897, X..., a une bronchite. Il entre chez M. Faisans, à la Pitié. Là, pendant sa bronchite, il a une angine caractérisée par des douleurs de gorge qui durent trois ou quatre jours, et par « une éruption de sang. » X..., avait de petits boutons qui lui couvraient tout le tronc, principalement les épaules.

Il sort mal guéri de la Pitié. Au mois de mars, il rentre à la Charité, pour sa bronchite. Là, en même temps que sa bronchite, le malade dit avoir eu des douleurs vagues par tout le corps principalement dans les jointures et dans la poitrine.

X..., sort de l'hôpital, encore mal guéri, et rentre le 8 juin, à Laënnec pour sa bronchite et pour des douleurs qu'il a dans la poitrine et dans les genoux.

État actuel (23 juillet). — *L'état général* du malade n'est ni bon ni mauvais. Il n'a pas de fièvre ; il n'en a eu que le premier jour après son entrée à l'hôpital.

Il ne transpire pas la nuit.

Mais il n'a pas d'appétit, et mange très peu.

Il se plaint de souffrir constamment dans la poitrine, et aussi dans les genoux quand il marche.

A la palpation, les genoux sont douloureux, mais il n'y a pas

d'hydarthrose, ni de tuméfaction. Le gauche est plus chaud que le droit.

L'état du malade n'a pas sensiblement varié depuis qu'il est à l'hôpital.

Appareil pulmonaire. — Expiration prolongée aux deux sommets. De plus, à droite ; submatité, retentissement de la toux, respiration rude et sifflante.

X..., tousse et crache peu.

Appareil circulatoire. — Bruits du cœur normaux. Moyenne du pouls : 64 ; peu de variations.

Appareil digestif. — Digère très bien. Ni diarrhée, ni constipation.

Appareil urinaire. — Rien dans les urines. Urine en moyenne 3 litres par jour ; cinq ou six fois par nuit et autant pendant la journée, mais peu à la fois.

Appareil génital. — Jamais de chaudepisse, ni syphilis.

Il y a deux ans, abcès du testicule *droit* ; pendant deux mois, il en sort du pus. Peu à peu l'écoulement s'arrête et la plaie se ferme.

Cette année vers le 14 juillet, le testicule *droit* a commencé à augmenter de volume et à devenir douloureux.

Actuellement, il est encore douloureux et tuméfié, Il a le volume d'un petit œuf de poule, et gêne un peu le malade pour marcher.

Le testicule gauche n'a jamais fait souffrir le malade. Néanmoins à la palpation, on sent nettement l'épididyme très induré. Le testicule est, lui aussi, induré et légèrement bosselé dans le voisinage de l'épididyme.

Organe des sens. — Rien d'anormal.

Système nerveux. — X..., n'est pas nerveux ; peu alcooliqué.

Sensibilité musculaire. — *Tronc* : Tous les muscles sont hypersensibles. Mais cette hyperesthésie est beaucoup plus marquée à droite qu'à gauche ; cette différence est surtout nette pour les pectoraux et les muscles de l'abdomen.

Bras : Rien, sauf le biceps *droit* qui est hypersensible.

Jambes : Tous les muscles sont hypersensibles ; mais l'hypéresthésie est beaucoup plus marquée au membre inférieur *droit*.

Troncs nerveux. — Les deux cruraux et les deux sciatiques sont légèrement et également hypersensibles.

Tous les autres troncs nerveux sont hypersensibles à *droite* et peu ou pas du tout à gauche.

Sensibilité cutanée. — A *droite*, sur le tronc et les membres, il y a hypéresthésie très nette, à la douleur et au froid.

Dermographisme normal et égal des deux côtés.

Température. — Au mamelon droit 35°.

— — gauche 35°.

— A la face antérieure de la cuisse droite : 34°.

— — gauche : 34° 1/2.

28 juillet. — État le même. Toutefois le malade ne souffre presque plus de son testicule. Les compresses d'alcool, appliquées depuis deux jours, l'ont bien soulagé.

Depuis trois ou quatre jours, il se plaint de souffrir un peu en urinant.

OBSERVATION 22

Tuberculose pulmonaire bilatérale. Lésions plus marquées à droite. Synovite fongueuse du genou droit. Hypéresthésie superficielle et profonde du côté droit. Hyperthermie, phénomènes vaso-moteurs plus marqués à droite.

P..., 40 ans. Alcoolique. Tuberculose fébrile avec mauvais état général.

Poumons : à *droite*. — Légère submatité. Râles fins. Craquements humides.

A *gauche*. — Un peu de submatité. Respiration rude et soufflante.

Grosse hydarthrose fongueuse (comme l'a montré l'autopsie) en poussée aiguë avec douleur, chaleur, rougeur.

Hyperthermie de tout le membre inférieur *droit*.

Troubles vaso-moteurs bien plus marqués du côté *droit*.

Dermographisme idem.

Hypéresthésie musculaire très *vive* à *droite*.

Hypéresthésie superficielle *droite*.

OBSERVATION 23

Hypéresthésie névro-musculaire *gauche* partielle d'origine dyspeptique.

Ce malade, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital le 29 août 1899, se plaignant de vives douleurs dans l'*estomac*.

Son père est mort d'accident et sa mère est vivante; ils étaient d'un tempérament très nerveux; ils étaient excessivement violents, pour rien ils entraient dans de violentes colères; son père a même eu des attaques de nerfs et souvent pris d'idées noires. Toutefois, ni son père, ni sa mère, n'ont jamais fait d'autres maladies.

Dans la famille, ils étaient sept, tous, sauf le malade, ont eu des convulsions et quatre d'entre eux sont morts en bas âge (bronchite). Les deux qui restent avec le malade sont, eux aussi, très nerveux. Ils ont eu l'un la rougeole, l'autre la variole. Sa sœur a eu jusqu'à l'âge de 3 ans, de violentes attaques de nerfs.

Le malade a eu la gourme étant jeune et n'a jamais fait d'autres maladies. Il est très nerveux de son tempérament. Il est très

violent. Il a parfois des idées noires, mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Il a eu, il y a quelque temps, des névralgies dans la tête et dans les reins qui lui ont duré une huitaine de jours, et qui lui reviennent de temps en temps, soit dans la tête, soit dans le dos.

Son père était infirmier et très alcoolique; il buvait 3 ou 4 litres de vin par jour, beaucoup de rhum, cognac, etc., et de l'absinthe même pure; il est mort il y a deux ans d'accident. Sa mère ne boit pas.

Le malade a quitté les hôpitaux il y a trois mois, et a bu jusqu'à 1 litre de vin par jour avec le café et le rhum. Puis il partit pour aller travailler à la campagne, où il a bu plus de 2 litres de vin par jour, avec quelques gouttes le matin, mais jamais d'apéritifs. Il suivit ce régime pendant deux mois environ, puis revint à Paris.

A son retour, pendant quinze jours, il dut se priver faute de ressources; il mangea alors fort peu et de la nourriture mauvaise; il ne but plus d'alcool du tout; il n'était pas malade.

Il rentre alors dans les hôpitaux et tout d'un coup se mit à boire 1 litre de vin par jour avec le café et le rhum le matin; mais au bout de quatre jours, il ressentit de violentes douleurs dans l'estomac, ayant l'allure de brûlures, et ce sont ces douleurs qui l'amènent à l'hôpital.

Il ne peut pas supporter les aliments, tout, sauf le lait lui fait mal. Les douleurs apparaissent dès que le malade a mangé. Le malade a conscience que les douleurs sont provoquées par la présence des aliments dans l'estomac et qu'elles cessent dès qu'il a fini de digérer, pour revenir dès qu'il prend quoi que ce soit.

Il a des envies de rendre, mais pas de vomissements; une constipation tenace accompagne ces phénomènes.

La douleur est localisée dans la région du cardia et excitée par la pression. Son pouls est à 100 et la sensibilité très vive. De l'hypéresthésie se trouve à la pression, des muscles *deltoïde*,

trapèze, etc., ainsi qu'à tous les paquets nerveux *du côté gauche*.

Le malade est alors mis au régime lacté absolu avec recommandation de boire souvent et peu à la fois, il prend aussi de la solution alcaline.

Le malade n'a pas eu de fièvre.

Le 2 septembre. — Le malade va mieux, les douleurs sont moins violentes, mais existent toujours un peu.

L'hypéresthésie cherchée aux mêmes endroits que l'autre jour a diminué; mais elle n'a pas complètement disparu.

Le pouls est à 48.

L'on continue le régime lacté dans les mêmes conditions que la dernière fois, ainsi que la solution alcaline.

5 septembre. — Les douleurs sont disparues, ainsi que l'hypéresthésie.

Le malade commence à manger un degré, il supporte bien les aliments. L'on supprime la solution alcaline.

Le pouls est à 60°.

Le malade va bien, il ne souffre plus nulle part, il se plaint seulement d'être très faible.

12 septembre. — Sort guéri.

OBSERVATION 24

Hypéresthésie névro-musculaire *gauche* au cours d'une angine à prédominance *gauche*.

Antécédents personnels. — Le malade a la blennorrhagie depuis le mois de janvier 1898, n'en a jamais beaucoup souffert. L'écoulement ne semble pas avoir été beaucoup plus fort après ses derniers excès vénériens.

Le 26 et le 27 avril. — Le malade est resté deux nuits sans dormir en compagnie d'une femme avec laquelle il avait cinq

à six rapprochements par nuit, a bu un peu plus que d'habitude pendant ces deux jours.

Le malade avait son père atteint d'une scarlatine avec violente angine ; il est resté en sa compagnie une heure, et, huit jours après, il s'est senti malade à son tour. Ne se ressent de rien jusqu'au 1^{er} mai.

Le 1^{er} mai. — En se levant, se sent fatigué, a mal à la tête, aux jambes, aux bras, aux reins ; les articulations surtout le faisaient souffrir au point qu'il titubait en marchant. Ses masses musculaires étaient douloureuses et fatiguées, de telle sorte qu'il était obligé de rester assis.

Vers les 10 heures de ce même jour, il se sent mal à la gorge, n'en avait pas encore souffert ; et, en même temps, brusquement pour ainsi dire, est pris de violentes douleurs à l'épaule et à la région lombaire. Cependant, depuis le matin, en se levant, il s'était aperçu qu'il souffrait de ces deux régions ; mais la souffrance ne devient très forte qu'au moment où le malade s'aperçoit qu'il souffre de la gorge,

Le malade faisait plus attention à ses douleurs musculaires et articulaires (car il souffrait aussi de ses articulations des membres inférieurs), qu'à sa gorge, au point qu'il pensait tout d'abord n'être atteint que d'une courbature.

Il se mit de la teinture d'iode sur les deux régions précitées le premier au soir ; elle ne lui fait aucun effet.

Entre à l'hôpital le mardi soir.

État actuel. — Le mardi matin la muqueuse pharyngienne est rouge, œdémateuse ; les amygdales sont rouges et présentent quatre ou cinq points blanchâtres. La luette, très longue, est rouge, gonflée, œdémateuse et traîne sur la base de la langue.

Frappé des traces de teinture d'iode qu'il présente aux bras et aux lombes, on l'examine de plus près ; et voici ce que l'on constate (à noter que les symptômes sont très diminués ; car le malade affirme qu'il souffre beaucoup moins déjà). A la pres-

sion, les deux trapèzes sont douloureux surtout celui de *gauche*, le deltoïde *gauche* également de même, les grands dorsaux surtout celui de *gauche*; les masses lombaires droites et *gauches*, les fessiers surtout à *gauche*, les muscles antérieures de la cuisse *gauche*.

Troubles sensitifs. — La sensibilité à la douleur (piqûre d'épingle), est sensiblement plus marquée à droite qu'à gauche et il est à remarquer que ce sont les masses musculaires du côté *gauche* qui sont douloureuses.

La sensibilité à la température paraît égale à droite et à gauche.

Les nerfs du plexus brachial *gauche* sont plus douloureux à la pression que ceux du droit.

Le nerf crural *gauche* est très douloureux, les pectoraux ne sont pas douloureux et semblent ne l'avoir jamais été.

Cet examen est fait le jeudi, et le vendredi, le malade est guéri, n'a plus de fièvre, ne souffre presque plus de sa courbature et de ses douleurs musculaires qui ont été très violentes au début.

OBSERVATION 25

Hémi-rhumatisme partiel du côté *gauche*. Hypéresthésie névro-musculaire du même côté.

La nommée X..., 26 ans, entre à l'hôpital Laënnec, salle Gilbert.

Antécédents héréditaires. — Son grand-père serait mort, perclus de douleurs. Frères et sœurs forts et bien portants.

Antécédents héréditaires. — Scarlatine étant très jeune, se porte habituellement bien, enceinte de quatre mois et demi.

Début. — Il y a un mois, quelques jours avant elle avait lavé

du linge pour la première fois, mais sans s'être particulièrement refroidie. Elle habitait sous les toits au quatrième. Sa chambre n'était pas humide. Jamais d'écoulement vulvaire, ni pertes blanches; pas de douleurs en urinant.

État actuel. — Les articulations du genou et de l'épaule *gauches* sont seules atteintes.

Le genou est volumineux. Hydarthrose notable. Hypéresthésie névro-musculaire *gauche* partielle. Tuméfaction des extrémités osseuses péronéo-tibiales. Douleur à la pression. Rougeur peu vive des téguments.

A l'épaule. — Gonflement peu considérable, pas de rougeur, mais mouvements difficiles et douloureux. Le malade est dans l'attitude des hémiplegiques. Quand on lui dit de remuer le bras *gauche*, après quelques mouvements très limités en avant et en arrière elle prend le bras *gauche* avec la main droite, et parvient ainsi à grand'peine à le mouvoir.

Le bras *gauche* est comme collé au tronc; l'abduction est absolument impossible, si l'on essaye d'obtenir le mouvement, ce qui s'obtient au prix d'une vive douleur; on peut remarquer que l'omoplate se déplace en même temps.

OBSERVATION 26

Hypéresthésie musculaire, nerveuse et cutanée, de tout le côté *drott*, sauf la face, chez un « diabète insipide ».
Névralgie brachiale droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 31 ans d'un chaud et froid; était d'un tempérament nerveux, irascible, emporté, pas buveur.

Mère de bonne santé, morte d'accident.

Deux sœurs bien portantes, non nerveuses.

Antécédents personnels. — Pas de maladie, caractère vif et emporté.

Entre à Laënnec le 15 avril 1898 avec le diagnostic de diabète insipide. Urine 7, 8, 9, 10 litres par jour. Ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Troubles nerveux. — A des céphalées continuelles, caractérisées par des lourdeurs de tête, accompagnées de troubles oculaires, prend 2 à 3 grammes d'antipyrine qui le soulagent momentanément.

Vers le 15 juin, commence à se plaindre de douleurs assez vagues dans tous les muscles de l'épaule *droite* puis de fourmillements et d'engourdissements des doigts de la main gauche.

X... compare ses sensations à celles produites par l'onglée en hiver.

Ces douleurs ne tardent pas à s'accroître de plus en plus, si bien que X... n'exécute qu'avec peine, les divers mouvements du membre supérieur. Il ne peut pas mettre sa main sur sa tête.

Le médian, le radial, le cubital *droits* sont douloureux à la pression en n'importe quel point de leur trajet, de même que tous les muscles qu'ils innervent.

X... souffre même de son membre *droit* quand celui-ci est tout à fait immobile.

Cou. — La percussion légère sur la colonne cervicale détermine une vive douleur.

Les muscles de la nuque à *droite* sont hypersensibles. Trapèze, sterno-cléido-mastoïdiens *droits*. Les mêmes muscles à gauche n'accusent rien.

Le pneumogastrique *droit* entre les faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien est hypersensible. Le gauche ne l'est point.

Face. — Rien d'anormal. Sensibilité égale des deux côtés.

Tronc. — A *droite*. — Le trapèze, le rhomboïde, le grand dorsal, les masses sacro-lombaires sont douloureux à la pression, de même que tous les muscles, s'insérant à la face postérieure de l'épaule du même côté. A gauche, aucune hypersensibilité.

Le pectoral et les intercostaux *droits* sont douloureux à la pression.

Les muscles de la paroi latérale de l'abdomen à *droite* sont hypersensibles; les gauches rien.

Membres supérieurs. — Deltoïde, biceps, triceps, tous les muscles de l'avant-bras sans exception, tous ceux de la main sont douloureux à la pression à *droite*, les mêmes à gauche rien.

Le plexus brachial *droit* dans l'aisselle, de même que toutes ses branches, le cubital, le médian, le radial sont hypersensibles à la pression,

Rien d'anormal à gauche.

Membres inférieurs. — Tous les muscles *droits* sans exception, fesse, cuisse, jambe, pieds, sont douloureux à la palpation. À gauche, rien d'anormal.

À *droite*, les nerfs sciatique, poplité, externe, crural, sont hypersensibles.

Rien à gauche.

En somme, hypersensibilité musculaire et nerveuse très manifeste (car la pression même légère de ces muscles détermine une violente douleur), excepté à la face qui est indemne.

Organes sensoriels. — Ne présentent aucune différence, ni à *droite*, ni à gauche.

La vue est faible pour les deux yeux également. L'acuité auditive est la même des deux côtés.

Sensibilité générale. — Hypéresthésie cutanée très nette au tact, à la douleur de tout le côté *droit*.

Réflexe plantaire exagéré à *droite*, normal à gauche.

Troubles trophiques nuls. — Pas de dermatographe. Réflexes vaso-moteurs, et température égaux des deux côtés,

OBSERVATION 27

Blennorrhagie aigue. Orchépididymite *droite*.

Hémi-hypéresthésie névro-musculaire *droite*.

X..., âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 30 octobre 1903, salle Aran, service du Dr Jacquet, souffrant de la *partie droite*.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père, mère, frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Lui-même a toujours joui d'une très bonne santé. A eu la variole à 4 ans

Actuellement; sujet vigoureux, bien musclé, aspect pâle du visage, blond, quelques boutons d'acné.

Il y a trois semaines, picotements à l'extrémité de la verge; le lendemain écoulement verdâtre. Devient de plus en plus abondant et épais les jours suivants.

Douleurs très vives à la miction. Ne s'est pas soigné et a continué à travailler.

Samedi dernier, 29 octobre, dans l'après-midi, douleur légère à la partie intérieure du pli de l'aîne *droit*; la douleur reste modérée toute l'après-midi. Sensation de tension et de poids. Dans la nuit, une douleur vive descend peu à peu vers le testicule *droit*. Ace moment, la bourse de ce côté commence à grossir. Entre le lendemain à l'hôpital.

Examen. — Partie *droite* très augmentée de volume, deux fois le volume normal du testicule.

Peau rouge, violacée, chaude, très douloureuse. A la moindre pression, douleurs spontanées dans le testicule s'irradiant le long du cordon jusque dans le ventre. Quand les douleurs sont vives, sensation et ténésme rectal et vésical.

Écoulement verdâtre au penis. Palpation du testicule très douloureuse.

Épididyme dur, augmenté de volume, douloureux. Pas de cordon appréciable le long du paquet spermatique.

Température: 38°5. Pouls à 92°.

Langue saburrale, sensation d'amertume dans la bouche, appétit conservé. Constipation.

Cœur. — Rien d'anormal.

Foie. — Rien.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

Système nerveux. — Il prétend n'être pas nerveux, caractère

très placide, très calme, jamais de crises de nerf, aucun stigmate d'hystérie.

Sensibilité superficielle. — Normale des deux côtés.

Sensibilité profonde. — *Musculaire.* — Hypéresthésie à droite du trapèze, Sterno-mastoidien, Peaucier, Grand pectoral Grand dentelé. Biceps. Long suspinateur. Muscles adducteurs. Grand droit. Muscle du mollet.

Nerveuse. — Pas dans la sphère du trijumeau.

Paquet vasculo-nerveux, au cou rien.

Plexus brachial, pas d'exaltation de la sensibilité.

Membres inférieurs. — Pression du crural plus douloureuse à droite qu'à gauche. Sciatique poplite externe de même.

La sensibilité osseuse paraît égale des deux côtés. Réflexe pileaire, vaso-moteur, rien.

La pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche.

Traitement. — Repos, stypage.

2 novembre. — Le malade est soulagé; la douleur est moins vive; la partie est moins gonflée.

L'hypéresthésie musculaire persiste encore à droite. L'hypéresthésie nerveuse est moins accentuée que les jours précédents.

La température est tombée à 37°2.

3 novembre. — Souffrances moins vives. L'état local ne s'est pas modifié. Les bourses restent rouges et gonflées. Température 37°.

Hypéresthésie musculaire et nerveuse droites persistent.

4 novembre. — Diminution notable du testicule, moins sensible, moins rouge.

Hypéresthésie droite.

5 novembre. — La partie est de moins en moins gonflée; à peine sensible à la pression légère.

Le malade sort le 10 novembre guéri. A ce moment, l'exploration révèle une sensibilité profonde égale des deux côtés, les pupilles sont égales.

OBSERVATION 28

Stomatite et angine herpétiques à grande prédominance gauche. Hémi-hypéresthésie profonde gauche. Dilatation de la pupille gauche. Éruption de la dent de sagesse gauche.

X..., 23 ans, journalier, n° 12, entre dans le service de notre maître, le Dr Jaquet, salle Aran, le 23 juillet 1903, se plaignant de mal à la bouche.

Antécédents héréditaires. — Père vivant bien portant, à eu, étant jeune, des accès d'épilepsie. Tremblement sénile.

Mère morte à la suite d'une paralysie? Deux frères et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Convulsions dans le jeune âge, disparaissent à la suite d'un vermifuge, qui expulse des vers intestinaux.

Scarlatine à 17 ans. Apprenti depuis cet âge-là. A fait des excès d'alcool. Boit beaucoup moins maintenant, nerveux, colère, impressionnable.

Jeudi, 23 juillet. — Il y a huit jours, le malade remarque sur la lèvre inférieure, près de la commissure *gauche*, une vésicule d'herpès caractérisée par son liquide citrin. Le même jour, il eut de la fièvre, des frissons légers multiples, des douleurs dans la tête et de la cuisson dans la bouche.

Ces symptômes s'accusèrent le vendredi, et le lendemain, le bouton s'était agrandi et avait gagné la muqueuse labiale *gauche*, ainsi que la gencive. La cuisson dans la bouche était forte au point que le dimanche il consulta un dentiste qui lui fit un nettoyage dentaire et lui cautérisa au thermo-cautère, des érosions buccales. Le soir, il eut un accès de fièvre assez violent. Se sentant mal à son aise, il consulta. Le médecin lui fit un examen de sa gorge et lui donna des gargarismes.

Lundi, la fièvre continue ; la cuisson au niveau des gencives s'accroît ; il a de la difficulté pour mâcher ses aliments, mais pas de douleur angineuse. Il déglutit très bien.

C'est mardi qu'il vient consulter à Saint-Antoine, voyant que son état ne s'améliore pas. On lui examine la bouche :

A la *lèvre inférieure gauche*, on remarque deux ou trois petites vésicules presque flétries. A la *lèvre supérieure gauche*, près de la commissure, on voit cinq ou six vésicules, dont l'une est encore citrine ; les autres sont crevées et présentent une surface exulcérée à fond jaunâtre, de la dimension d'une tête d'épingle. Autour de ces vésicules, on voit une auréole érythémateuse très marquée. Ces vésicules sont fort peu éloignées les unes des autres, groupées par deux ou trois.

La face dorsale de la langue est nette. On distingue une vésicule d'herpès à la pointe ; on en voit deux sur le *bord libre à gauche*.

La face interne des joues ne présente pas trace de lésions.

Sur le *voile du palais, à gauche*, au niveau de l'insertion des gencives, on trouve un groupe de vésicules assez volumineuses, nettement arrondies (2 millimètres de diamètre), et groupées par deux ou isolées au voisinage des dents ; la muqueuse palatine est rouge. Il y a une vésicule à la partie supérieure du *pilier antérieur gauche*. L'*amygdale gauche* présente en plusieurs points un dépôt pultacé. A droite, la muqueuse ne présente pas de rougeur. Il y a deux ou trois vésicules isolées.

Les dents du malade sont relativement bonnes.

A droite et en haut, il manque la canine. La deuxième grosse molaire est cariée, ainsi que la dent de sagesse.

En haut, à gauche, les deux premières molaires manquent.

En bas et à gauche, les petites molaires manquent. La *dent de sagesse inférieure de ce côté* est en évolution. La muqueuse qui la recouvre est rouge, tuméfiée et présente un bourrelet. Tout autour de cette dent, on voit des groupes de vésicules flétries ou recouvertes de mucos-pus.

Au toucher, la pression sur le bourrelet muqueux est plus douloureuse que du côté droit.

La dent de sagesse à droite est à un état moins avancé de son évolution.

Il y a un peu de rougeur et un petit bourrelet. La sensibilité est moins vive qu'à gauche.

Les *ganglions sous-maxillaires* sont volumineux, de la grosseur d'une petite noix et sensibles à la pression à *gauche*. A droite, ils sont petits et indolores.

L'examen de la face montre que la *joue gauche* est plus *rouge* que la droite. De plus, on perçoit nettement sur la *joue gauche*, une *hyperthermie* plus marquée qu'à droite.

Il y a de l'*inégalité pupillaire* ; la pupille est dilatée à *gauche*.

Examen de la sensibilité. — La pression sur les points sus et sous-orbitaires est un peu plus douloureuse du *côté gauche*. De même, la pression au point mentonnier, sur le trajet du nerf auriculo-temporal, est plus sensible que du côté droit. La pression à la région sus-hyoïdienne latérale est plus sensible du *côté gauche*.

La sensibilité ou tact est à peu près la même des deux côtés, de même que la sensibilité à la piqure. Le réflexe pileux est le même. La sensibilité au froid est exagérée à *gauche*, surtout à la cuisse.

La *jambe gauche* est plus *chaude* que la droite. L'*hyperthermie* est notable sur la face antérieure de la cuisse et la moitié *gauche du thorax et de l'abdomen*.

Il y a de l'*hypérésthésie musculaire* du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien *gauches*. Partout ailleurs, la pression musculaire profonde est égale. Le passage du *courant faradique* est plus douloureux dans ces muscles.

Le mardi, jour de son entrée à l'hôpital, la fièvre subsiste. La température est de 38°6. Il a toujours de la difficulté à mâcher ses aliments. Pas de douleur à la déglutition.

Le lendemain, la température est abaissée à 38°. Les vésicules d'herpès se flétrissent, la muqueuse buccale saigne légèrement. L'amélioration s'accroît les jours suivants. Température 37°,5. Les symptômes fonctionnels, douleur, dysphagie, sont très diminués, à la sortie, les signes sensitifs ont disparu. Pupille gauche égale celle de droite.

OBSERVATION 29

Constipation chronique. Angine pultacée à prédominance nette à droite, hémi-hypéresthésie profonde droite. Dilatation pupillaire droite. Dent de sagesse inférieure droite en éruption.

M^{lle} H... Ernestine, 21 ans, domestique, entre le 7 septembre 1903 salle Rostan, service du Dr Jacquet, lit n° 17, pour constipation invétérée.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère sujette à des malaises fréquents, non précisés par la malade. Un frère, deux sœurs dont la santé est bonne.

Antécédents personnels, — Rougeole à 4 ans. Régulée à 15 ans 1/2, irrégulièrement ; anémie depuis ses règles.

Sa constipation est opiniâtre et habituelle, elle y remédie par des purgations répétées, par des lavements ; mais, depuis huit jours, il lui est impossible d'aller à la selle malgré les moyens qu'elle emploie habituellement.

La langue est sale, jaunâtre, poids à l'estomac, quelques douleurs au ventre.

Urine difficilement. Les autres viscères paraissent sains.

La malade est nerveuse, impressionnable ; elle a eu dans sa jeunesse des attaques de nerfs.

Lavement purgatif : aucun résultat. Huile de ricin amène expulsion abondante de matières.

Le 12 septembre. — Pendant son séjour, sensation de picotement à *droite* dans la gorge, puis, douleur à la déglutition *droite* d'abord, puis des deux côtés; souffre de l'oreille *droite*.

Examen de la gorge. — Rougeur diffuse sur piliers, antérieurs voile du palais, luette, amygdales des deux côtés. Cependant prédominance nette à *droite* où l'amygdale est plus volumineuse. Sur ce fond rouge, éruption de taches de matière pultacée des deux côtés; il y en a un peu plus à *droite*. Les dents sont saines en général. La dent de sagesse inférieure *droite* est en train de sortir, elle est à fleur de gencive. La pression sur la table interne de la mâchoire est douloureuse.

A gauche, il n'y a pas de dent de sagesse visible. Le mamelon surplombe la gencive.

EXAMEN DE LA SENSIBILITÉ. — A la face, les points sus-sous-orbitaire, mentonnier, occipital, auriculo-temporal sont plus vifs à *droite*; les muscles de la moitié supérieure du corps sont nettement plus douloureux à *droite* qu'à gauche.

Hémi-hypéresthésie profonde *droite*, hémi-hypéresthésie superficielle *droite*, en particulier, à la région mammaire, peau de la région abdominale, à l'épigastre et à l'hypochondre *droit*. Inégalité pupillaire; pupillaire *droite* plus dilatée.

16 septembre. — L'angine va mieux, la rougeur de la gorge a presque disparu; il persiste un peu de douleur à la déglutition; à *droite* ganglion sous-maxillaire gros et douloureux à la pression.

L'hypéresthésie superficielle et profonde semble s'atténuer. Sensibilité encore vive pour le sterno-cléido-mastoïdien, trapèze, grand pectoral. Les muscles du bras sont également sensibles à *droite* et à gauche.

La pression sur les nerfs superficiels accessibles, est plus vive à *droite* qu'à gauche, surtout phrénique à la base du cou, nerfs du bras et de l'aisselle.

Aux membres inférieurs, la pression est égale des deux côtés.

18 septembre. — Bien que la rougeur de la gorge ait disparu la malade se plaint de douleur à la déglutition quelle localise sur les côtés du larynx. Le ganglion sous-maxillaire *droit* est sensible.

20 septembre. — Hier soir la température est montée à 39°1 ; gêne vive de la déglutition. On remarque un peu de rougeur au fond de la gorge.

21 septembre. — Ce matin température 37°. La malade raconte que cette nuit elle a craché du pus. A ce moment la bouche « était très mauvaise ».

On voit sur la paroi postérieure du pharynx à *droite*, un soulèvement de la muqueuse qui est d'un rouge violacé. L'hémihypéresthésie profonde est encore marquée à *droite*.

Hypéresthésie superficielle légère à *droite*.

22 septembre. — La déglutition n'est plus douloureuse, température 37°2. La pression sur la gencive voisine de la dent de sagesse *droite* inférieure est un peu moins vive qu'avant.

Le 24 septembre. — Sortie de la malade. La constipation existe toujours. L'hypéresthésie musculaire et nerveuse persiste, très atténuée. L'inégalité pupillaire existe encore.

OBSERVATION 30

Amygdalite phlegmoneuse du côté *droit*. Hypéresthésie névro-musculaire du même côté.

Le nommé X., âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Jacquet, le 3 juillet 1903, se plaignant d'un violent mal de gorge.

Antécédents personnels. — Le malade a eu autrefois, étant enfant, la rougeole et la varicelle, depuis, bonne santé.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Le mal de gorge pour lequel il entre a débuté il y a trois jours par de la courbature générale. Douleurs vagues dans tout le corps, puis des frissons sont apparus accompagnés de fièvre ; en même temps, le malade ressent une dysphagie de plus en plus marquée et qui va s'accroissant du côté *droit*.

A son entrée, le malade a la bouche mi-ouverte ; les lèvres et les dents sont recouvertes de fuliginosités. La partie supérieure du cou et la région sus-hyoïdienne latérale et sous-maxillaire sont le siège de chaque côté d'un gonflement très marqué.

Ouverture de la bouche. Ce qui frappe, c'est un gonflement énorme de l'amygdale *droite* qui a refoulé en avant le pilier et le voile du palais correspondant. Gonflement de la grosseur d'une grosse noix. A la partie interne, l'amygdale présente un enduit muco-purulent, jaune, sale, assez adhérent. La muqueuse est rouge, livide.

Du côté *gauche*, l'amygdale est augmentée de volume, en moindre proportion cependant. La coloration est rouge. Le reste de la bouche ne présente rien de particulier. La dysphagie est telle que le malade ne peut avaler que des liquides, encore ceux-ci repassent-ils en partie par le nez.

L'adénopathie sous-maxillaire existe des deux côtés, mais très marquée à *droite*. Les autres organes n'offrent rien de particulier à noter.

Les urines sont légèrement albumineuses. Le pouls est à 80. La température à 38,4.

EXAMEN DE LA SENSIBILITÉ. — Sensibilité superficielle : Le malade sent sur tout le corps.

La sensation du contact des doigts promenés légèrement sur la surface cutanée est perçue de la même façon à droite qu'à gauche.

A la piqûre à l'aide d'une épingle, la sensation est accusée plus forte à *droite* qu'à gauche.

Le froid est perçu de la même façon à droite qu'à gauche.

Il en est de même du chaud.

Sensibilité profonde : Musculaire. — Le pincement, entre deux doigts, du muscle trapèze provoque à *droite* une douleur plus vive qu'à gauche.

Mêmes constatations sur le grand pectoral, biceps, triceps, masses des muscles de l'avant-bras, région lombaire, droit antérieur, adducteurs de la cuisse, muscles du mollet. On voit le malade réagir d'une manière plus forte lorsqu'on presse les muscles du *côté droit* que lorsqu'il s'agit de ceux du côté gauche.

Nerveuse. — La pression exercée sur certains troncs nerveux superficiels, sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier, auriculo-temporal derrière le condyle du maxillaire, radial, cubital, crural, sciatique, poplitée externe, produit une sensation douloureuse bien plus accusée à *droite* qu'à gauche.

Les réflexes sont un peu plus marqués à *droite* pour certains muscles.

Réflexe du triceps brachial plus accusé à *droite* qu'à gauche.

Au niveau du genou, il est sensiblement le même qu'à gauche.

Sensibilité : oculaire, auditive, du goût, paraît se comporter de la même façon des deux côtés.

Traitement. — Nous donnons 1 gr. 50 d'ipéca.

Les efforts de vomir activent l'ouverture de l'amygdalite phlegmoneuse ; rejet abondant du pus. Lavage à l'eau oxygénée. La guérison se fait rapidement. A la sortie, le malade présente encore, en certains points, de l'hypéresthésie musculaire et nerveuse.

OBSERVATION 31

Angine pultacée à prédominance *droite*. Paralysie partielle de la luette. Hypéresthésie superficielle et profonde *droite*. Dent de sagesse *droite* en éruption.

Le nommé X..., âgé de 21 ans, infirmier, entre à l'hôpital

Saint-Antoine, le 28 février 1904 dans le service du Dr Jacquet se plaignant de mal à la gorge.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, 48 ans, très fort de taille ; boit modérément ; violent, emporté, coléreux ; n'a jamais été malade. Mère, 41 ans, vivante ; serait sujette à des syncopes fréquentes ; n'a jamais été malade ; caractère calme, placide.

Antécédents personnels. — Est venu au monde à sept mois ; très difficile à élever ; a toujours été très chétif ; n'a jamais fait de maladie sérieuse. Il y a deux ans a eu une pleurésie ; depuis, un peu d'essoufflement quand il travaille trop avec quelques palpitations de cœur. Depuis longtemps le nez du côté *droit*, est fréquemment obstrué.

Il y a un an, a eu une angine d'une durée de quinze jours qui a guéri.

État actuel. — Il y a quatre jours, sensation de gêne, de corps étranger au fond de la gorge ; le nez, du côté *droit*, s'est obstrué d'où, fréquentes envies d'éternuer. En même temps un peu de difficulté pour avaler. Quelques frissons ; aurait eu très chaud avant hier. Dans la nuit céphalée.

Actuellement. — Douleur vive à la déglutition, localisée de chaque côté des angles du maxillaire inférieur, plus vive à *droite*. Un peu de raideur des muscles du cou et de la nuque, d'où difficulté et douleur quand on fait tourner la tête au malade.

Examen. — Le fond de la gorge est rouge et congestionné. A gauche, le pilier antérieur et postérieur et l'amygdale présentent quelques points blancs de matière pultacée qu'on détache facilement.

A *droite*, pas de points blancs. Rougeur plus diffuse, plus pourprée de la muqueuse, des piliers et de l'amygdale. Il n'y a pas d'augmentation de volume de l'amygdale. La luette est très longue, immobile, balaye la base de la langue ; ne se contracte pas quand on fait dire A au malade. Le reste du voile

du palais se contracte parfaitement. Du côté gauche, pas d'adénopathie, pas de douleur à la pression de la région angulo-maxillaire.

A *droite*, un peu en avant de l'angle maxillaire, adénopathie grosse comme une petite noisette, sensible à l'exploration; toute la région d'ailleurs de ce côté est nettement sensible; elle ne l'est pas du côté gauche.

Du *côté droit*, petit cordon lymphatique net pré-masseterin. A gauche, on ne le sent pas du tout.

Dentition. — La dent de sagesse *gauche* a émergé de la muqueuse gingivale; on voit son plateau à fleur de gencive, l'ayant à peine dépassée. Un peu de rougeur sur la muqueuse gingivale interne au niveau de la dent de sagesse. Douleur légère à la pression.

A *droite*, il n'y a pas de dent de sagesse apparente; la muqueuse gingivale est légèrement soulevée sous forme d'un petit mamelon rouge saignant facilement à l'exploration. La pression très légère sur la table interne de l'os à ce niveau est extrêmement sensible, mouvement de retrait brusque du malade. Les autres dents paraissent saines.

A la *face*. — Érythrose faciale *droite* nette. Température très élevée de ce côté comparée à celle du côté gauche.

Pression aux points d'émergence des nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier bien plus douloureuse à *droite*.

Point de l'auriculo-temporal extrêmement vif à *droite*; point occipital *droit* très vif.

Sensibilité superficielle. — Exploration au pinceau.

La moitié *droite* du corps sent nettement plus qu'à gauche. Les sensations perçues sont plus nettes, plus renforcées du *côté droit*, l'excitant, et son intensité restant les mêmes. Mêmes constatations au froid, au chaud, à la piquûre.

Ces constatations se font sur toute la moitié *droite* du corps, tête, face, tronc, abdomen, maxillaire supérieur et inférieur.

Sensibilité profonde. — Exaltée dans tout le *côté droit*. Tous les muscles de ce côté ont une sensibilité générale plus vive à *droite*. Masseter. Sterno-cléido mastoïdien, trapèze, muscles du bras avant-bras, main, grand pectoral, muscles du membre inférieur.

Compression des nerfs là où ils sont accessibles : exaltation de leur sensibilité du *côté droit*.

Les réflexes tendineux paraissent égaux des deux côtés.

Les réflexes cutanés de même.

Réflexe vaso-moteur, *idem*.

Pas de différence de la température des deux côtés du corps.

L'exploration des organes viscéraux ne dénote rien de particulier.

Cœur. — Sain.

Foie. — *Id.*

Reins. — Sains

La pupille *droite* est plus dilatée que la gauche.

19 février 1904. — Le mal de gorge continue toujours plus vif à *droite*. Pas de fièvre. A l'examen de la gorge, il y a toujours de la rougeur diffuse et des points de dépôt pultacé.

Érythrose faciale aussi vive que les jours précédents, à *droite*. Les points d'émergence des nerfs sont toujours hypersensibles à *droite*. La face et le membre supérieur à *droite* sont le siège d'une sensibilité très exaltée.

Sensibilité au contact, au pinceau, à la piqûre beaucoup plus vive qu'à gauche.

Le dentiste consulté veut arracher la dent de douze ans de la mâchoire *droite*.

20 février. — Dysphagie moins marquée. La rougeur diffuse de la gorge est beaucoup moins marquée qu'hier ; la sensibilité est, du reste, moins vive. Il faut presser avec force sur le trapèze, les muscles du bras et de l'avant-bras pour provoquer de la douleur. Les points sous-orbitaire, rétro-

auriculaire, mentonnier à droite, sont beaucoup moins vifs qu'hier.

21 février. — Dysphagie presque nulle. Encore un peu d'hypersensibilité, mais à peine perceptible au contact et à la pression profonde.

Le malade sort le 22 février. Mêmes signes qu'hier. L'état local bien meilleur. Les pupilles sont égales.

OBSERVATION 32

Pleurésie gauche, avec épanchement. Tuberculose pulmonaire légère du même côté. Hypéresthésie musculaire et nerveuse gauche.

Le nommé X..., âgé de 38 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 4 novembre 1903, salle Aran, service du D^r Jacquet.

Il se plaint d'être fatigué et surtout point de *côté gauche*, à siège rigoureusement limité au milieu du rebord des fausses côtes *gauches*.

Antécédents héréditaires. — Mère encore vivante 71 ans, aveugle (cataracte). N'a jamais été malade.

Père mort à 50 ans, fluxion de poitrine; sujet aux fluxions de poitrine.

Conduite exemplaire jusqu'à 40 ans. A partir de ce moment se met à boire d'une manière exagérée. Devient colère, violent, querelleur.

Antécédents personnels. — Très bonne santé jusqu'à 21 ans. Au régiment, arthrite traumatique, tombé de barre fixe, *genou gauche*, quatre mois à l'hôpital. Sort bien guéri.

Va au Tonkin, là entre à l'hôpital pour fièvres paludéennes.

Hépatite aiguë, guérie au bout de quelques mois. Chancre

induré, roséole, plaques muqueuses buccales, anales. Ne s'est soigné que pendant un mois. Depuis rien.

Arthrite tibio-tarsienne gauche rhumatismale ? (d'après les dires des médecins), après son congé revient en France où il reprend son métier de typographe. Bien portant jusqu'en 1900. En août, coup de pied de cheval. Contusion de la rate.

Au mois de mars 1902, point de côté *gauche*. Toux pénible, oppression, fatigue générale, entre à l'hôpital ; une ponction. Sort rétabli au bout de six semaines.

Reprend son travail, se sent quelquefois faible, tousse de temps en temps. Au mois de décembre, hernie étranglée, opération d'urgence.

Au moment de sa sortie de l'hôpital, se plaint de l'oreille *gauche*. Opération, mastoïdite suppurée ; reste une fistule.

Sort au mois de juillet 1903. Le 6 septembre : brusquement point de côté *gauche*. Oppression, toux, frissonnements, rentre à l'hôpital.

Examen. — Homme assez amaigri. Fistule rétro-auriculaire, conséquence de son ancienne opération, donne issue à pus assez abondant ; quelques douleurs.

Sur le corps, cicatrice de bubon suppuré. A droite, à gauche, cicatrice d'opération hernie étranglée, pigmentation du dos, du thorax face antérieure ; acné guéri.

Thorax. — Palpation ; *vibrations gauches* abolies en bas, diminuées à la partie moyenne.

A droite. — Rien.

Auscultation. — Diminution et disparition du murmure vésiculaire en bas, à gauche ; à droite, respiration un peu soufflante ; au sommet *gauche* respiration soufflante, en faisant tousser le malade, bouffées de râles sous-crépitaux secs.

Égophonie, pectoriloquie aphone. Matité jusqu'à la pointe de l'omoplate. Épanchement moyen.

Cœur. — Non dévié, espace de Traube sonore ; bruits du cœur normaux.

Foie. — Volumineux, un peu sensible à la pression, dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes.

Rate. — Rien de particulier. L'état général laisse à désirer. Toux fréquente, expectoration spumeuse, aérée.

A fait des excès de boisson et excès vénériens pendant son séjour au Tonkin est devenu irritable, pleure pour rien.

Système nerveux. — Dort mal, rêves, cauchemars.

La pupille *gauche*, est plus dilatée que la droite. Elle réagit faiblement à la lumière, et l'accommodation. Complètement sourd de l'oreille *gauche*.

Sensibilité superficielle. — Paraît égale partout.

Piqûre. — En certains points, face interne, tibia, cheville, la piqûre est plus ressentie à *gauche*; partout ailleurs égale des deux côtés.

De même pour la sensation thermique : en certains points le froid, le chaud sont plus ressentis à *gauche*; ailleurs même sensibilité.

Sensibilité profonde. — Peaucier, trapèze, sterno-cléido-mastoïdien surtout (faisceau externe), le grand pectoral, biceps, long supinateur, plus douloureux à *gauche*. Adducteurs de la cuisse, grand droit de la cuisse, masses musculaires du mollet à *gauche*, plus sensibles.

Nerveuse. — Sphère du trijumeau rien; pression entre deux chefs sterno-cléido-mastoïdien, plus douloureuse à *gauche*. Plexus brachial, creux sus-claviculaire, nerfs du plexus brachial, aisselle, bras, à *gauche*, plus douloureuse.

Cubital vivement douloureux, à *gauche*, phrénique rebord des fausses côtes *gauches*, plus douloureux à *gauche*.

Crural au pli de l'aîne, plus à *gauche*. Canal Hunter, pression sur extrémité inférieure du fémur, douleur bien plus vive à *gauche*.

Sciatique, à la fesse, plus douloureux à *gauche*; sciatique poplitée externe aucune douleur ni à droite ni à *gauche*.

Réflexe rotulien affaibli à *gauche*. Réflexe plantaire, moins de sensation de chatouillement à *gauche*. Réflexe crémastérien beaucoup moins accusé à *gauche*.

Pression des deux testicules, sensibilité, plus grande à droite. Pas de phénomène vaso-moteur ou pileaire appréciable.

OBSERVATION 33

Pneumonie du sommet *droit*. Deuxième foyer pulmonaire à la base *droite* avant la défervescence, mort. Hémi-hypéresthésie névro-musculaire *droite*.

L..., boucher, 18 ans, entre le 16 septembre 1903 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broussais.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 54 ans, bien portant, un peu buveur.

Mère vivante, n'aurait jamais eu de maladie.

Antécédents personnels. — Le malade a eu la rougeole à 5 ans, depuis bonne santé.

Le 15 septembre, la veille de son entrée, alors qu'il est en train de travailler, malaise subit, puis frissonnements répétés, puis grand frisson avec claquement des dents, point de côté à *gauche* sous-mamelonnaire, nausées, un vomissement bilieux. Il entre chez lui, se couche, se sent faible, passe une nuit agitée. Le lendemain, entre à l'hôpital.

Examen. — 18 ans, gaillard bien musclé. Rougeur de la face plus marquée sur la joue *droite*.

Douleur assez vive à *droite*, pas un point, mais une surface équivalent à deux paumes de main.

Exaspérée par pression et toux.

Toux quinteuse, sèche, pénible, ravivant la douleur. Pas de sommeil. Ne peut pas se coucher sur le côté *droit*.

Dyspnée assez marquée, 30 respirations à la minute.

Appareil respiratoire.

Percussion. — Résistance au doigt, submatité du sommet *droit* en arrière. En avant sonorité conservée, mais percussion douloureuse. Les vibrations sont augmentées.

Auscultation. — Souffle tubaire, âcre, fort, inspiratoire et expiratoire.

Râles crépitants fins; tout autour, retentissement de la voix, bronchophonie et pectoriloquie aphone. Audition des bruits qui se passent au sommet.

A gauche, rien d'appréciable.

Urines. — Assez rares, foncées, pas d'albuminurie.

Cœur. — Bruits assez bien frappés; pas de lésions des orifices; pouls à 110, fort ample.

Appareil digestif. — Langue un peu sale, humide; pas d'appétit; constipation.

Alcool. — Boit un litre de vin par jour, pas d'autre alcool, pas de stigmates éthyliques.

Température 40°.

Examen de la sensibilité cutanée. — Peau de la région du grand pectoral, frôlement avec pinceau: hypéresthésie à *droite*; il en est de même sur la peau de la paroi abdominale.

Pression douce de la peau de la région pectorale à *droite* est sensible, douloureuse même si l'on prolonge la pression.

Aux membres inférieurs, sensibilité cutanée égale des deux côtés. Aux membres supérieurs, pas de différence des deux côtés.

Sensibilité musculaire. — Pincement du trapèze, sterno-cléido-mastoïdien grand pectoral, biceps, douleur à *droite*; rien à gauche.

Au bras, pression du *biceps droit* plus sensible qu'à gauche. Le courant électrique est plus douloureux à *droite*.

Aux membres inférieurs, rien.

Raie de la région pectorale. La rougeur apparaît plus vive,

plus rouge, dure plus longtemps, à *droite* ; il en est de même sur la peau de la région abdominale.

Rougeur de la face, plus prononcée à *droite* qu'à gauche.

Réaction pileaire : égale des deux côtés.

Nerveux. — Pression des troncs nerveux, à la face, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, plexus brachial, médian, crural, grand sciatique, sciatique poplité externe, plus sensible à *droite*.

Température. — A la face, à *droite* plus chaud qu'à gauche.

Ailleurs, égale.

Saignée : 200 grammes. Examen de la sensibilité après. L'hypéresthésie du côté gauche ne se modifie pas. Mêmes constatations.

17 septembre. — Même état local. Les râles commencent à devenir plus gros, plus humides ; dyspnée aussi vive ; point de côté a disparu.

Tousse, toujours sans aucune expectoration.

Température : 39°8.

Sensibilité. — Rien de modifié ; toujours hémi-hypéresthésie *droite*.

19 septembre. — Le malade a passé une assez bonne nuit.

Localement, toujours souffle et râles sous-crépitaux. Le souffle s'est étendu à toute la hauteur du poumon. Nouveau foyer de râles à la base. Température 40°1.

L'hémi-hypéresthésie reste fixe. Mêmes muscles, mêmes troncs nerveux.

20 septembre. — Température : 40°1. Souffles, râles deviennent un peu plus gros. Pas de traces d'épanchement. Dyspnée diminue.

21 septembre. — La température est descendue à 38°3.

L'hypéresthésie est moindre, pas aussi étendue qu'avant. Quelques muscles restent sensibles : trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, grand pectoral.

Les autres semblent aussi sensibles à *droite* qu'à gauche.

22 septembre. — La température est remontée à 40°. État général moins bon, aspect un peu cyanotique du visage, ongles un peu bleutés, fuliginosités sur les dents, langue sèche, ramassée, rôtie. Délire cette nuit, tremblement des mains. Nous cherchons dans le poumon la cause de cette aggravation.

Au poumon *droit*, la matité reste étendue à toute la base. Le foyer primitif du sommet *droit* est en bonne voie. Souffle moins âcre, quelques râles, gros, humides.

En revanche, à la base, apparition d'un nouveau foyer d'hépatisation : gros souffle tubaire, râles sous-crépitaux, bronchophonie.

Sensibilité. — L'hémi-hypéresthésie *droite*, qui avait tendance à s'effacer avec l'amélioration de l'état local, est revenue aussi accentuée qu'au début. Raie vaso-motrice accentuée. Réflexe pileux égal des deux côtés. Sensibilité au tact : plus marquée à *droite*.

Hypéresthésie névro-musculaire, très vive à *droite*.

24 septembre. — Aspect général du malade très mauvais. Délire la nuit dernière, carphologie, contractions musculaires.

Dyspnée intense, râle trachéal, urines moins abondantes.

Température très élevée : 40°. Crachats sanguinolents et brunâtres.

25 septembre. — État plus mauvais, râle trachéal. Mort à 1 heure de l'après-midi.

Le malade a uriné un peu avant sa mort. Réagit encore à la douleur musculaire *du côté droit*.

OBSERVATION 33 *bis*.

Tabès à début et à forme gastrique prolongés. Syphilis juvénile (1).

F..., 27 ans, carreleur, entré le 5 mai 1899 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Jacquet.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, 66 ans, très nerveux, pas buveur.

Mère vivante asthmatique depuis l'âge de 30 ans.

Trois sœurs dont l'une est morte à 35 ans, cause inconnue. Les deux autres souffrent de l'estomac et sont sujettes à des migraines.

Un frère mort à 39 ans, « usé par la fatigue » (diagnostic de M. Florand). Souffrait de l'estomac.

Antécédents personnels. — Aucune maladie d'enfance. Bégaiement dans sa jeunesse.

A 14 ans, blennorrhagie et syphilis. Chancre au prépuce et ganglion indicateur apparus six semaines après le coït. Se fait soigner par un médecin. Après un mois de traitement, guérison de la blennorrhagie et du chancre.

Ce dernier a été très bénin. Il n'y a pas eu d'accidents secondaires, ni éruption, ni plaque muqueuse.

A 21 ans, part pour le service.

Il a un abcès amygdalien, attribué à la syphilis par le major.

En décembre 1897, grippe, courbature, frissons, reste couché quinze jours.

A la suite de cette grippe, souffre de l'estomac d'une façon notable.

1. DE MANOUSSI. *Bulletins de la Soc. méd. des hôpitaux*, juin 1899, page 522.

Sa digestion n'était pas très régulière.

Auparavant, souffrait un peu avant les repas. Avait de fréquentes éructations, mais ne vomissait jamais. A la suite de cette grippe, aggravation notable de tous les symptômes.

La douleur survenait tous les jours après son repas de midi. Tantôt aussitôt, tantôt une heure après le repas, elle cessait aussitôt qu'il avait vomi.

Les vomissements restaient parfois deux mois sans revenir, puis pendant trois ou quatre jours il ne pouvait rien garder. Il se mettait alors au lait, qu'il a toujours bien digéré. Il n'a jamais rendu ni bile, ni sang ; appétit un peu amoindri.

Il passe toute l'année 1898 dans cet état. Les douleurs s'accroissent. Les vomissements sont de plus en plus fréquents.

De plus, est souvent pris de faiblesse en travaillant. Il manque complètement d'énergie. Au réveil, mal de tête. Il reste dans cet état jusqu'en mai.

Le mardi, 2 mai, il est pris après son déjeuner d'une douleur beaucoup plus vive que d'habitude, il ne peut vomir qu'avec une grande difficulté. A partir de ce moment, il ne cesse plus de souffrir de l'estomac. Il ne peut plus rien garder. Il vomit continuellement. Il entre à l'hôpital.

État actuel. — Le 5 mai, à son entrée, on constate une intolérance absolue pour tout aliment, liquide ou solide. Douleur continue à l'épigastre spontanée et très vive à la pression, juste au-dessous de l'appendice xyphoïde. Cette douleur irradie dans les deux hypochondres. Pas de douleur dans le dos, pas de sang dans les selles. Bouche amère, langue sale, haleine fétide. Très mauvaises dents.

Estomac non dilaté. Foie et rate normaux.

Troubles génito-urinaires. — La miction se fait normalement pas d'incontinence d'urine, ni d'anesthésie de la muqueuse uréthrale. Polyurie assez marquée.

Sensibilité générale. — Placard d'anesthésie sur la face

interne du genou droit de la taille d'une pièce de 5 francs environ. Pas d'anesthésie plantaire.

Depuis un an, douleurs fulgurantes aux membres inférieurs, si violentes parfois qu'elles l'empêchent de dormir.

Réflexes rotuliens abolis des deux côtés, le malade étant couché.

Réflexe pharyngien aboli.

Pupille droite déformée et beaucoup plus dilatée que la gauche.

Les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont abolis.

Acuté visuelle normale, pas de dyschromatopsie.

Le goût et l'odorat sont normaux.

Troubles moteurs. — Pas de troubles dans la démarche.

Aucune incoordination, signe de Romberg positif.

Pas de troubles cérébraux.

Pas de troubles trophiques,

Traitement. — Régime lacté à doses fractionnées. Siphonages sur le plan antérieur du thorax. Cachets de belladone et cocaïne (0 gr. 02 de chaque) 2 fois par jour.

Le 26 mai, plus de douleur à la région stomacale, plus de vomissements. Douleur provoquée à l'épigastre très diminuée. *On ne retrouve plus le placard d'anesthésie au genou*, et la sensibilité cutanée est plus rapide qu'à l'entrée.

Les pupilles réagissent mieux à la lumière et à l'accommodation. Signe de Romberg moins marqué.

OBSERVATION 33 *ter*.

Pleurésie séreuse droite aiguë. — Hyperesthésie généralisée à prédominance droite.

P..., 29 ans, infirmier, entre aux Barraques, hôpital Saint-Louis le 27 juin 1900.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Le malade est infirmier ; il a lavé les couloirs des Barraques le 25 étant en sueur au milieu de courants d'air. — Le 26 au soir, brusquement violent point de côté sous-mamelonnaire *droit*, exaspéré par la toux, la respiration, pas de frissons, il interrompt son travail et entre dans le service du Dr Jacquet.

Examen. — Température 39.2 ; dyspnée, modeste, pas d'expectoration, toux sèche, point de côté *droit* assez vif.

Matité à la base du poumon *droit* jusqu'à pointe de l'omoplate. Abolition des vibrations, souffle pléurétique très net, égophonie, pectoriloquie aphone.

Examen de la sensibilité. — Hyperesthésie généralisée, mais nettement prédominante à *droite*. Le pincement des masses musculaires du cou, du grand pectoral, des muscles, du thorax, de l'abdomen est particulièrement douloureux, le membre inférieur est beaucoup moins hyperesthésié. Les réflexes sont normaux.

Le 29. — Même état local et général ; mêmes signes d'exaltation sensitive.

Le 30. — La hauteur de la matité diminue, les vibrations sont un peu mieux perçues.

Le 1^{er} juillet. — Le souffle a presque totalement disparu, quelques frottements l'hyperesthésie généralisée a disparu, elle ne subsiste plus qu'à *droite*, très atténuée, on ne la trouve que sur certains muscles, trapèze, grand pectoral.

Le 2 juillet. — Peu de changement dans l'état local, l'hyperesthésie *droite* n'est plus constatable. Sortie le 16 juillet guéri.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION 34

Orchite blennorrhagique droite. Hémi-hypéresthésie profonde et superficielle droite. Hypéresthésie osseuse droite partielle.

X..., 33 ans, artiste lyrique entre à l'hôpital Lariboisière service du Dr Galliard, salle Barth, le 15 septembre 1904.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont vivants et bien portants. Le père a une bronchite chronique; il tremble; a fait des excès d'alcool.

La mère n'a jamais été malade; un peu nerveuse.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans. Fluxion de poitrine à 19 ans. A bu sans modération il y a quelques années; mais actuellement il est guéri, dit-il, de ces mauvaises habitudes. Son caractère autrefois très violent est plus calme aujourd'hui. Néanmoins il est encore très impressionnable.

État actuel. — Il y a trois semaines a ressenti des brûlures dans le canal uréthral; puis est survenu un écoulement verdâtre. Mictions fréquentes. Épreintes très vives surtout la nuit. Érections douloureuses.

Il y a deux jours ressent une tension sous l'aîne *droite*. Il a comme une barre qui va du rein *droit* au testicule. Celui-ci devient pesant, douloureux augmente de volume. Bientôt il ne peut plus marcher. Entre à l'hôpital.

Actuellement. — Écoulement purulent à la verge, a diminué. Il est jaune. Les mictions ne produisent plus de cuisson. Le testicule *droit* est augmenté de volume; gros comme un œuf de dinde, rougeur très marquée, chaleur à la palpation. On

réveille une vive douleur irradiant le long du trajet du cordon jusqu'à la région lombaire. Le cordon est très sensible sur son trajet. L'épididyme est très volumineux, très douloureux. Il y a un peu de liquide dans la vaginale.

Les autres organes paraissent sains.

SENSIBILITÉ. — Le malade se plaint de douleur à la cuisse et à la jambe *droites*. Cette douleur est diffuse et ne suit le trajet connu d'aucun nerf.

Au tact. — Il y a nettement *hypéresthésie*. Il en est de même des sensations de piquûre, de chaud, de froid qui sont mieux perçues et avec plus d'intensité à *droite*. Au membre inférieur et sur la paroi abdominale *droite*, *idem*.

La *sensibilité des muscles et des nerfs* de tout le côté *droit* est exaltée. Si l'on presse entre deux doigts le trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, grand pectoral, muscles du bras, de l'avant-bras, du côté *droit*, on détermine une douleur très vive; rien à gauche où seule la sensation normale est perçue. Nous avons recherché l'état de la *sensibilité osseuse* par la méthode d'Egger (diapason) : les vibrations sont nettement mieux perçues sur les os du côté *droit*, surtout ceux du membre inférieur (tibia).

Les muscles des membres inférieurs sont encore plus douloureux à *droite*; de même les nerfs, surtout crural.

Si l'on fait passer un courant électrique de même intensité à droite et à gauche, on voit que les muscles à *droite*, et, en particulier, ceux du membre inférieur réagissent davantage, la sensation perçue par le malade est plus pénible.

La pupille *droite* est un peu plus dilatée que la gauche, elle réagit faiblement à la lumière. Si l'on approche une lumière vive, la pupille se rétrécit et devient aussi petite que la gauche.

16 septembre. — Testicule encore gros et douloureux; douleurs spontanées; les sensations perçues à la cuisse et à la jambe *droites*, existent encore.

Même héli-hypéresthésie superficielle et profonde.

18 septembre. — Sous l'influence du repos et des applica-

tions chaudes le testicule est moins douloureux et diminue de volume.

Même état hypéresthésique.

20 septembre. — *L'hypéresthésie superficielle* est bien moins marquée, surtout aux téguments de la partie supérieure du corps.

L'hypéresthésie profonde persiste avec autant d'intensité que le premier jour.

22 septembre. — Le testicule a diminué de moitié, *l'hyperesthésie superficielle* a disparu ; *l'hypéresthésie profonde* a diminué.

Le 30 septembre. — Le malade veut quitter l'hôpital, son testicule est encore un peu gros, mais il ne souffre plus. *L'hypéresthésie profonde persiste encore* ; elle est très diminuée. La pupille droite n'est plus dilatée.

OBSERVATION 35

Congestion pleuro-pulmonaire du poumon droit. Hyperesthésie musculaire et nerveuse droite. Hypéresthésie cutanée droite. Zones d'anesthésie. Hypéresthésie osseuse droite.

Le nommé X., charpentier, 31 ans, entre à l'hôpital Beaujon le 3 juillet 1905 dans le service de M. Troisier.

Il se plaint d'un point de côté *droit*, de fièvre et d'un peu de gêne de la respiration.

Antécédents héréditaires. — Le père alcoolique est mort fou dans un hospice d'aliénés. La mère est vivante, bien portante. Deux frères dont l'un est épileptique, une sœur nerveuse, a des crises convulsives, probablement hystériques.

Antécédents personnels. — Bien portant jusqu'à l'âge de

15 ans ; dès qu'il commence son apprentissage, il se met à boire, du vin, des absinthes. Il est soigné pour l'estomac à plusieurs reprises.

Au régiment a eu une pneumonie du *côté droit*, dont il a guéri complètement. Au sortir du régiment transporté dans un autre milieu et, grâce aux conseils de son patron, il cesse peu à peu de boire. Aussi depuis, raconte-t-il, il est devenu moins nerveux, moins colère, alors qu'avant il s'emportait pour la moindre cause.

A 28 ans il a une pleurésie, avec épanchement *à droite* qui a été ponctionnée, il sort de l'hôpital guéri. Depuis, la santé a été assez bonne.

État actuel. — Dans la nuit de samedi à dimanche, après avoir travaillé comme de coutume il est pris d'un point très vif sous le mamelon *droit*.

Au matin il se met à vomir, reste chez lui jusqu'au 3 juillet où il entre à Beaujon.

Examen. — Le malade est vigoureux, coloré ; un peu gêné pour respirer.

On remarque une abondante éruption de *vésicules herpétiques* au pourtour de la bouche. Nombreuses, confluentes sur toute la *moitié droite* de la lèvre supérieure à la base des poils de la moustache elles sont rares et clairsemées, un peu à gauche de la ligne médiane ; un bouquet à la commissure *droite*, rien à gauche.

Quelques vésicules aberrantes sur *l'aile droite* du nez.

Poumon. — A l'examen du poumon on note de la submatité *à droite* jusqu'à l'épine de l'omoplate. Signes de petit épanchement ; à la *base droite* foyer de râles sous-crépitaux avec un peu de souffle. A gauche la respiration est normale.

Le cœur paraît normal. Le foie, les reins sont normaux.

Sensibilité profonde. — En pinçant le trapèze, le sterno-cléido-mastoïdien, le grand pectoral, le biceps, les muscles extenseurs de la main, le premier interosseux palmaire du *côté droit*, on

provoque une réaction douloureuse très vive de tous ces muscles; le malade fait une grimace douloureuse; à gauche les mêmes muscles pincés de la même manière ne provoquent pas de sensation douloureuse.

La même manœuvre faite sur les muscles abdominaux, sur les muscles du membre inférieur *droit* provoque la même sensation douloureuse, alors que rien ne se produit à gauche. *Les nerfs* superficiels, sur lesquels on peut appuyer du doigt sont nettement plus douloureux à *droite* qu'à gauche.

A la face, les points sus, sous-orbitaire, le point rétro-auriculaire, le point occipital, sont très vifs à *droite* et non à gauche.

Au membre supérieur, le médian et le cubital, au membre inférieur, le crural, le sciatique, sont plus douloureux à la pression à *droite* qu'à gauche. Hypéresthésie osseuse, tibia, olécrâne, radius, clavicule *droits*.

Sensibilité superficielle. — Il y a diminution de la sensibilité cutanée à *droite*. Le contact du doigt promené sur la peau est moins senti à *droite* qu'à gauche. La piqûre est bien moins sentie à *droite*.

Le chaud, le froid, sont également moins perçus à *droite*.

En certains points même, la sensibilité à la piqûre, au contact est extrêmement émoussée. Au point où le malade souffre sous le mamelon et un peu en dehors, il y a même *anesthésie complète*; le malade ne perçoit pas la piqûre d'épingle.

Le testicule *droit* est plus sensible que le gauche, *idem* pour le globe oculaire *droit*.

La pression du cordon spermatique est douloureuse à *droite* et non à gauche.

Le réflexe au chatouillement est nettement plus vif à *gauche*. A la plante du pied le chatouillement ne détermine qu'une réaction très minime à *gauche*, le malade retire vivement le pied à *droite*.

A l'aisselle, au flanc mêmes constatations.

Le 4 juillet. — Le malade se sent mieux. Moins de fièvre. Mêmes symptômes, qu'hier, l'hypéresthésie neuro-musculaire paraît aussi marquée.

La zone d'anesthésie paraît moins nette, d'ailleurs le point de côté a diminué.

Le 5 juillet. — Même état d'hypéresthésie nerveuse et musculaire.

La zone d'anesthésie a disparu, il ne reste que de l'hypoesthésie qui se confond avec l'hypoesthésie générale de tout le côté *droit*.

Nous recherchons par la méthode d'Egger l'état de la sensibilité osseuse : elle est manifestement plus marquée à *droite*. Les vibrations perçues sont bien plus nettes de ce côté. Sur les os du bras, de la tête, tibia, rotule.

OBSERVATION 36

Pleurésie droite avec épanchement moyen. Salpingite catarrhale du même côté. Hypéresthésie profonde de tout le côté *droit*. Névralgie dentaire *gauche*. TRANSFERT de l'hypéresthésie à *gauche*. Après soins dentaires, disparition de l'hypéresthésie.

La nommée E..., 27 ans, domestique, entre le 30 juin 1903 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, lit 24. Service du Dr Jacquet.

Antécédents héréditaires. — Père, maladie du foie, buveur, (douanier).

Mère morte à la suite d'une attaque foudroyante.

Ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — Jamais malade, réglée à 14 ans ;

bien. Depuis deux ans, règles irrégulières; tous les deux, tous les quatre mois. Depuis son entrée, n'a pas été réglée. Névralgie intercostale *droite* sous-mamelonnaire, constante, exaspérée au moment des règles. Elle a disparu depuis cinq mois.

Se présente à la consultation la tête couverte de lentes; la phtiriasse est colossale, extrêmement abondante au point que la couleur des cheveux, d'ordinaire noire, paraît blond foncé. On la traite pour sa phtiriasse. Au cours de son séjour, un matin, point de côté *droit* au sixième espace intercostal en arrière. Toux sèche, pénible.

Auscultation. — Signes d'un épanchement moyen à *droite*, à la base.

Fièvre assez élevée pendant les premiers jours et à oscillations marquées. Les choses durent ainsi pendant environ trois semaines. La pleurésie rétrocede peu à peu. Résorption de l'épanchement. Apparition de signes de pleurésie sèche. A la base, frottements.

Au cours de cet état, la malade ressent des douleurs dans le bas-ventre à *droite* avec reprise de la température.

Pouls un peu fréquent (100). Quelques vomissements; douleurs un peu au-dessous du point de Mac Burney.

Toucher vaginal. — Col allongé, orifice petit, arrondi. A *droite*, dans le cul-de-sac, petit cordon arrondi très douloureux sous le doigt qui le repousse. Quelques pertes vaginales. Glace sur le ventre. Les choses s'atténuent peu à peu jusqu'à disparaître.

A ce moment, l'examen de la sensibilité superficielle et profonde révèle ce qui suit : *Hypéresthésie de certains muscles* à la pression : trapèze, masses sacro-lombaires, grand pectoral, rien *qu'à droite*. A gauche, les muscles ne sont pas douloureux au pincement.

Le 2 septembre. — La malade se plaint de nouveau de son point de côté à *droite* là où il y avait pleurésie. A l'auscultation pas de trace de pleurésie ancienne; quelques frottements.

Examen de la sensibilité. Sensibilité superficielle. — Peau de la face. Le pinceau sur le front est également sensible des deux côtés ; sur les joues et de chaque côté du menton, la malade perçoit mieux le pinceau à *droite* qu'à gauche.

Points d'émergence de certains nerfs, sus-orbitaire, sous-orbitaire, plus vifs à *droite*.

Pression des nerfs. — Mentonnier, auriculo-temporal, nerf occipital, plus vifs à *droite*.

Cou : *hypéresthésie* à *droite* au pinceau et au pincement léger de la peau.

Muscles. — Trapèze, sterno-cléido-mastoïdien nettement plus douloureux à *droite*.

Piqûre. — La malade ressent la piqûre plus forte à *droite* qu'à gauche.

Membres supérieurs. — Peau. La sensibilité paraît égale des deux côtés pour le pinceau ; à la piqûre, au froid plus marquée à *droite* qu'à gauche.

Tronc. — Point où la malade accuse de la douleur ; le frôlement au pinceau est ressenti plus vivement qu'au point correspondant du côté gauche. Le pincement de la peau n'est pas douloureux pas plus qu'à gauche.

Pression au point d'émergence du nerf intercostal plus sensible à *droite*.

Muscles : Trapèze, biceps, masses musculaires de l'avant-bras douloureuses à *droite* ; à gauche le pincement est senti mais non aussi douloureux qu'à droite.

La perception de la pression avec la tête d'une épingle est plus forte à *droite*.

Pincement des masses sacro-lombaires douloureux à *droite*.

Abdomen. — Peau. *Hypéresthésie* à *droite*. Pression à *droite* sur les annexes, douloureuse.

Exploration de la région avec tête d'épingle : zone d'hypéresthésie superficielle grande comme une paume de main.

La pression avec la tête d'une épingle donne naissance à une

sensation de piquûre ; les sensations sont perçues jusqu'au niveau de la ligne médiane.

Le pincement superficiel de la peau est plus ressenti à *droite* qu'à gauche.

Membres inférieurs. — Muscles plus douloureux à *droite*, peau, sensibilité plus forte à *droite*. Nerve crural, sciatique, poplité externe plus sensibles à *droite*.

Examen des autres viscères, rien à noter.

14 septembre 1903. — La malade a eu cette nuit des douleurs névralgiques dans la *moitié gauche* de la face en rapport avec des dents mauvaises de ce côté en haut ; il n'y a pas de gonflement. Transfert de *l'hypéresthésie à gauche*.

Nerfs. — Sus-orbitaire, occipital, sous-orbitaire, auriculotemporal, mentonnier, médian, plexus brachial, cubital, sciatique, crural, émergence des nerfs intercostaux, sciatique poplité externe.

Muscles. — Trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, biceps, massés du bras, grand pectoral, adducteurs, soléaires. Tous ces nerfs et ces muscles sont très douloureux à *gauche*.

15 septembre. — Fluxion de la *joue gauche* ; les douleurs sont moins vives quoique persistantes.

On emmène la malade chez le dentiste pour soins de ses dents.

Examen avant. — Hypéresthésie de *tout le côté gauche*. Nerveuse, musculaire, cutanée. Au pinceau, réflexe abdominal très net.

Réactions vaso-motrices. — Raies tracées avec la pointe dure d'un crayon ; rougeur apparaît plus tardivement à *gauche* ; persiste plus longtemps et est plus marquée à *gauche*.

Réflexe pileaire. — Nul.

Examen fait immédiatement après l'avulsion de trois dents :

La malade est agitée, nerveuse. L'examen de sa sensibilité

superficielle et profonde montre une exaltation très marquée des deux côtés droit et gauche, mais avec une prédominance nette du côté gauche.

Examen des organes des sens. — Œil, réaction à la lumière normale.

Acuité plus marquée à gauche.

Champ visuel. — Normal.

Audition. — Normal.

Goût : semble sentir un peu plus à gauche.

Le 16 septembre. — L'orage provoqué par l'extraction dentaire s'est atténué notablement ; la fluxion dentaire disparaît ; il reste toujours une hémihypéresthésie à gauche. Réflexe cutané plantaire égale des deux côtés.

Apparition de douleurs spontanées dans les masses musculaires du mollet à gauche.

Réactions vaso-motrice et pileaire normales.

Pas de prurit en aucun point.

Hypéresthésie très vive à gauche ; il suffit de pincer mollement la peau avec deux doigts pour provoquer des réactions extrêmement vives.

Le 17 septembre. — L'hypéresthésie est toujours marquée à gauche. La sensibilité superficielle du côté gauche, au tact, revient à la normale et est identique des deux côtés. La sensibilité musculaire est plus vive à gauche.

Pas de réaction vaso-motrice ni pileaire appréciable en plus de ce côté.

Cet examen est pratiqué à 11 h. 1/2. A midi, la malade retourne chez le dentiste. On pratique l'extraction d'une dent, racine, de la deuxième molaire inférieure gauche. Extraction très douloureuse.

Le 18 septembre. — Nous constatons, sur le cuir chevelu du côté gauche correspondant par conséquent au siège de la dent extraite, une sensibilité très vive, spontanée et provoquée : en promenant la pulpe des doigts sur le cuir chevelu, on provoque

une sensation désagréable ; en passant la main à rebrousse poils, sensation douloureuse que la malade compare à des piqûres d'épingles.

Tout le côté *gauche* du cuir chevelu est le siège de cette hyperesthésie ; rien de semblable n'existe du côté droit où la sensibilité du cuir est absolument normale.

D'autre part, en explorant le cuir chevelu du même côté, à *gauche* par conséquent, nous découvrons trois boutons d'impétigo de Bockart dont l'un centré par un poil. La partie la plus acuminée est purulente ; l'une d'elles est déjà asséchée. Ces boutons sont apparus depuis trente-six heures, ils sont très douloureux à la pression ; il n'y en a qu'à *gauche*, rien à droite.

L'hémi-hyperesthésie du reste du corps existe toujours avec ses mêmes caractères. La sensation provoquée par le pincement du trapèze est plus douloureuse que précédemment.

D'ailleurs, à ce niveau, la malade accuse des douleurs spontanées vives.

Le réflexe abdominal au frottement paraît moins accentué. Par contre, raie vaso-motrice et réflexe pileaire plus accentués.

Le réflexe pupillaire sensitif est plus marqué à *gauche*. La pupille se dilate davantage à *gauche* qu'à droite.

La sensibilité auditive, qui était normale les jours précédents, s'est accrue du côté *gauche* (tic-tac d'une montre rapprochée et éloignée de l'oreille).

20 septembre 1903. — L'hyperesthésie du cuir chevelu a beaucoup diminué ; l'hyperesthésie névro-musculaire du côté *gauche* persiste. Même sensibilité.

21 septembre. — La malade a été réveillée dans la nuit par une sensation douloureuse au côté *gauche* sous le mamelon. Ce n'est pas une douleur, mais plutôt une sensation de piqûres d'épingles sur une zone grande comme la paume de la main.

A ce niveau, le pincement léger de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané entre deux doigts, est douloureux, et, en certains points insupportable. Tout autour de cette zone, sensibilité

normale, de même à droite. Cette zone hypéresthésique *gauche* est en rapport avec une névralgie intercostale.

Émergence du rameau antérieur, pression sur rameau latéral, rameau postérieur, douloureux. En même temps, nous constatons que l'hypéresthésie névro-musculaire du côté *gauche* est très diminuée. Bien que la sensibilité de ce côté soit perçue plus du côté *gauche* que du côté droit, elle est beaucoup moins accentuée que les jours précédents.

Nous ne trouvons pas le pourquoi de cette névralgie. Les fonctions digestives se font bien, peut-être, troubles utéro-annexiels.

22 septembre. — La douleur au côté *gauche* sous-mamelonnaire existe encore, mais un peu diminuée.

Au pincement de la peau, douleur ; *idem* par pression. Les points névralgiques postérieurs ont disparu ; l'hypéresthésie *gauche* a beaucoup diminué. Il ne persiste que de la sensibilité assez vive à l'émergence du sous-orbitaire.

23 septembre. — Même état ; point douloureux sous-mamelonnaire accentué.

24 septembre. — La zone d'hypéresthésie sous-mamelonnaire existe encore, mais très diminuée ; l'hémi-hypéresthésie *gauche* a diminué.

Pas de sensibilité du cuir chevelu.

27 septembre. — La zone douloureuse sous-mamelonnaire existe encore, mais diminue tous les jours ; l'hypéresthésie névro-musculaire persiste à *gauche*, moins vive cependant. La malade commence aujourd'hui à prendre des douches tièdes de deux minutes de durée, avec jet froid sur les jambes pour finir.

Examen de la sensibilité avant douche.

Muscles. — Trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, biceps, grand pectoral.

Nerfs. — Sur et sous-orbitaire, plexus brachial, crural,

sciatique, poplitée externe, plus sensibles à *gauche*. Sensation superficielle, égale des deux côtés. Vaso-moteur, rien ; *idem* réflexe pileaire. Réflexe sensitif, égal des deux côtés. Aucune différence dans la perception sensorielle.

Examen après la douche. — Pendant la douche, la malade ne ressent aucune sensation particulière ; immédiatement après, la malade avoue avoir ressenti une sensation de chaleur plus intense à *gauche* qu'à droite, en particulier, dans les régions suivantes : dos, paroi thoracique et lombaire, en avant de la paroi thoracique, sein, moitié gauche de la figure, cuisse *gauche* en avant. En effet au moment où nous l'examinons, elle montre la *face gauche* plus rouge que la droite, de même pour la paroi thoracique postérieure et un peu la région abdominale à *gauche*. La raie vaso-motrice est plus accentuée de ce côté et persiste plus longtemps ; pas de réflexe pileaire plus marqué à gauche. La sensibilité superficielle, musculaire, nerveuse paraît être un peu plus vive qu'avant la douche.

30 septembre. — Rien de nouveau. Polyurie (2 l. 5).

1^{er} octobre. — La malade ressent depuis la nuit dernière des douleurs assez vives dans l'épaule *droite* irradiant dans tout le membre supérieur du même côté jusqu'aux doigts. Sensation de fatigue générale du membre. Gonflement œdémateux du dos de la main, gonflement élastique non douloureux sans production de godet.

Exploration de la sensibilité. — Du côté *gauche*, l'hypéresthésie s'est en quelque sorte dissociée. Il persiste de la sensibilité dans la sphère du trijumeau à *gauche*. Zone d'hypéresthésie sous-mamelonnaire, a disparu. Crural, sciatique, poplitée externe *gauche* ne sont plus douloureux.

Du côté *droit*, il y a hypéresthésie totale de tout le membre supérieur *droit*.

Trapèze, biceps, sterno-cléido-mastoïdien très douloureux au pincement.

Plexus brachial, circonflexe, radial, douloureux, non à gauche.

Cutanée. Passage du pinceau plus senti à *droite* qu'à gauche.

5 octobre. — Érythrose faciale *droite* avec élévation manifeste de température.

Les sensations douloureuses de l'épaule *droite* persistent, mais s'atténuent.

Examen de la bouche. — Le côté gauche est en bon état ; il n'y a plus trace d'inflammation gingivale ; à *droite*, deux grosses molaires cariées avec inflammation gingivale autour ; en haut, trois grosses molaires cariées. Hypéresthésie nerveuse à *droite*, musculaire aussi. Les réactions douloureuses sont plus senties à *droite* mais ne sont pas très accentuées.

11 octobre. — Recrudescence de douleur à l'épaule *droite*. Hypéresthésie nerveuse et musculaire à *droite* : Trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, peucier, grand pectoral, biceps, tronc.

Nerveuse. — Sus et sous-orbitaires, mentonniers, paquet nerveux du cou, plexus brachial, cubital.

Membre inférieur. — L'hypéresthésie est plus marquée à *droite* qu'à gauche. Le pincement du droit antérieur des adducteurs, masses musculaires du mollet, déterminent une très vive douleur. Il en est de même de la pression sur les troncs nerveux superficiels, crural, sciatique poplitée externe, sciatique.

13 octobre. — Élévation de la température de la joue *droite* qui est plus rouge que la gauche.

Hypéresthésie même qu'hier.

Extraction de trois racines cariées, maxillaire supérieur, à *droite*.

14 octobre. — Une heure après l'extraction, sensation douloureuse dans la sphère du trijumeau *droit*, en particulier, derrière l'oreille. Rougeur de la *joue droite* plus chaude que la gauche.

Ces phénomènes ont rapidement disparu.

23 octobre. — La malade est examinée neuf jours après : Les règles qui n'étaient pas venues depuis cinq mois, sont réapparues ce matin. Hier soir, vers 10 heures et avant l'appa-

rition de l'écoulement, et avant toute sensation douloureuse abdominale, sensations pruritiques intenses, jambes, cuisses, dos, démangeaisons très vives.

Ce matin, nous remarquons un peu de rougeur aux endroits qui ont été le siège de prurit. Celui-ci a disparu complètement. Les zones un peu rouges sont le siège d'une hypéresthésie pruritique qui les dépassent fort peu ; face interne, cuisse gauche, face externe, bras gauche, partie gauche du cou. La malade ressent un peu de douleurs aux reins et au bas-ventre.

24 octobre. — Les démangeaisons qui avaient disparu sont revenues ce matin aux mêmes endroits ; même *hypéresthésie pruritique*. Sensibilité superficielle normale en d'autres points.

Hypéresthésie névro-musculaire du côté *gauche*. Pendant quatre jours, durée de ses règles, écoulement peu abondant, pas de douleur, quelques démangeaisons ; bon état général.

4 novembre. — Extraction d'une racine de la mâchoire supérieure *gauche*. L'hypéresthésie *gauche*, après extraction, persiste plusieurs jours.

10 novembre. — Hypéresthésie *gauche*, mais très diminuée. État général excellent.

14 novembre. — L'état général est très bon ; la malade a beaucoup engraisé pendant son séjour dans la salle. La dentition est bonne. L'hémi-hypéresthésie persiste très légère.

20 septembre. — La malade sort de l'hôpital. Examinée à ce moment :

Sensibilité superficielle, normale. Sensibilité profonde, normale. Quelques phéno-vaso-moteurs, rougeur de la face surtout après repas.

Ne souffre plus ni de sa pleurésie ni de sa salpingite.

Excellent état général, la pupille *gauche* est plus dilatée que la droite.

OBSERVATION 37

Pleurésie gauche avec épanchement, hémihyperesthésie profonde gauche. Hypoesthésie superficielle gauche. Dilatation pupillaire gauche.

M^{me} X..., 43 ans, ménagère, entre le 22 mai 1904 à l'hôpital Lariboisière, salle Aran, service du D^r Galliard, se plaignant d'un point de côté gauche et de dyspnée.

Antécédents héréditaires. — Père mort de ^{vieillesse}, marin, était buveur, de caractère violent, se mettait en colère pour le moindre prétexte.

Mère morte de maladie de reins, pas nerveuse.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans son enfance, réglée à 13 ans, régulièrement; pas de crises de nerfs, caractère calme.

État actuel. — Il y a six semaines ressent un point de côté à gauche sur le prolongement de la ligne axillaire. Douleur modérée, qui ne l'empêche pas de travailler; cette douleur disparaît même pendant quelques jours pour reparaître sans augmenter d'intensité. Quelquefois un peu de toux.

Elle continue de faire son travail habituel jusqu'à samedi dernier, il y a trois jours, où elle ressent une certaine gêne à respirer. La gêne va croissant; le point de côté s'exagère; entre à l'hôpital.

Examen. — Thorax, épanchement de la plèvre gauche, matité remonte à peu près à hauteur de la pointe de l'omoplate, pas de matité antérieure.

Espace de Traube sonore, pas de déplacement du cœur.

Dyspnée assez vive, point de côté douloureux.

Les autres organes paraissent sains.

Système nerveux. — Pression et pincement du sterno-cléido-

mastoïdien, trapèze, grand pectoral, muscles du bras, avant-bras, mains, abdomen, membres inférieurs sont extrêmement douloureux à *gauche*, rien à droite; crispation du visage, recul. La pression sur les points d'émergence nerveuse à la face, au cou et sur le reste du côté *gauche* du corps est plus vivement ressentie qu'à droite, (hémi-hyperesthésie profonde). *L'électricité faradique* est plus douloureusement ressentie à *gauche*.

Sensibilité superficielle. — Il y a *hypoesthésie* manifeste de la peau, de tout le côté *gauche* du corps, à tous les modes, tact, piquûre, chaud, froid.

La joue *gauche* est plus rouge, plus chaude que la droite.

Un peu de céphalée diffuse sans prédominance.

Réflexes rotuliens un peu exagérés des deux côtés. Réflexe plantaire au chatouillement paraît plus vif à *gauche*.

Pas de réflexe pileaire plus prononcé à *gauche* ; la pupille droite est plus petite que *la gauche* qui est dilatée.

Le 23 mai. — Ponction de la plèvre, on retire 1300 grammes d'un liquide séreux, clair, examen cytologique, formule de tuberculose, lymphocytose.

Après la ponction, l'examen montre que l'hémi-hyperesthésie profonde est un peu *plus vive* qu'avant la ponction il y a maintenant hyperesthésie superficielle.

24 mai. — État général bon. Souffre beaucoup moins de son côté gauche. Un peu de céphalée hier. La pupille *gauche* est encore dilatée, réagit faiblement à la lumière et l'accommodation. L'hyperesthésie profonde existe encore et paraît égale en intensité à celle d'avant la ponction.

25 mai. — Même hyperesthésie profonde pour la sphère supérieure du corps.

Aux membres inférieurs, la sensibilité musculaire et nerveuse paraît égale des deux côtés.

L'hyperesthésie superficielle a disparu. État local bon; l'épanchement ne se reproduit pas.

26 mai. — L'état général est bon. Localement l'épanchement ne se reproduit pas.

L'hyperesthésie à la partie supérieure du corps existe encore, mais très diminuée; aux membres inférieurs elle n'existe plus.

29 mai. — L'état général est excellent. Le liquide pleural ne s'est pas reproduit. Diminue tous les jours.

Un peu de céphalée frontale légère.

L'hyperesthésie musculaire et nerveuse a disparu à la face, il y a encore un peu de douleur à la pression des points d'émergence, plus vive à *gauche* qu'à droite.

Pas de différence appréciable de température.

31 mai. — Sort de l'hôpital. Très peu de liquide dans la plèvre, l'hyperesthésie unilatérale n'existe plus. La pupille *gauche* est encore un peu dilatée, mais elle semble réagir mieux à la lumière.

OBSERVATION 38

Angine herpétique bilatérale, à prédominance très nette à droite. Hyperesthésie névro-musculaire droite, sphère supérieure. Nerf occipital très vif. Dent de sagesse droite en évolution.

Le nommé X..., âgé de 17 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 12 mai 1904, service du Dr Galliard, se plaignant de mal de gorge.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père et mère sont très bien portants. Aucune tare nerveuse appréciable.

Antécédents personnels. — Nuls. N'a jamais été malade. Le mal de gorge actuel a débuté il y a quatre jours assez brusquement.

Frissons, sensation de courbature générale. Douleur à la déglutition a commencé à *droite*, très vive, l'empêchait de manger.

La douleur à la déglutition à gauche n'est survenue que le deuxième jour.

Actuellement on constate que l'amygdale *droite* est tuméfiée, volumineuse, grosse comme une noix, très rouge.

Sa surface est parsemée de petites ulcérations grosses comme une tête d'épingle, creusées en petites cupules rouges à la périphérie ; au centre un petit débris muqueux jaunâtre.

L'amygdale gauche est rouge, tuméfiée, mais beaucoup moins qu'à droite. Elle ne présente que huit ou dix petites ulcérations, alors que la *droite* en a plus de quarante. Sur le *pillier droit* quelques petites ulcérations, pas à gauche.

La luette est rouge, un peu pendante ; sur la face interne de la joue *droite*, deux petites ulcérations ayant les mêmes caractères que sur les amygdales.

Sur la *lèvre inférieure droite*, près de la commissure, un petit bouquet de vésicules *d'herpès* au stade séro-purulent.

Déglutition douloureuse des deux côtés, surtout à *droite*.

Ganglions sous-maxillaires douloureux des deux côtés, mais nettement plus à *droite*.

Joue *droite* plus rouge et plus chaude, très nettement plus qu'à gauche.

Pression sur nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier *droits*, est très vive. Mouvement de recul et contraction douloureuse du visage. A gauche un peu de sensibilité, mais rien de comparable à la douleur provoquée à *droite*.

Le point occipital *droit*, nerf occipital d'Arnold, n'est pas douloureux spontanément, mais la pression même légère, est extrêmement vive. Rien à gauche.

Point auriculo-temporal *idem*.

Nerf phrénique au creux du sterno-cleido-mastoïdien très douloureux à *droite*.

Nerfs du plexus brachial à la base du cou, à l'aisselle, très douloureux à *droite*.

Sensibilité musculaire. — Exaltée et très vive pour sterno-

cléido-mastoïdien, trapèze, grand pectoral, muscles du membre supérieur, ceinture thoracique (grand dentelé et grand dorsal) du côté *droit*. A gauche rien.

Au membre inférieur, il n'y a pas de différence entre les deux côtés.

Pression globe oculaire *droit* plus sensible qu'à gauche.

La sensibilité superficielle est également exaltée du côté *droit* dans la sphère supérieure.

Réaction pileaire plus marquée à *droite*. Pas d'hyperesthésie du cuir chevelu.

Les dents sont en bon état, une grosse molaire inférieure *droite* a déterminé il y a cinq mois des névralgies très vives. A fait enlever cette dent.

La dent de sagesse inférieure *droite* est en train de pousser. Mamelon gingival, pression table interne très douloureuse.

Température 38°2. Gargarismes chlorate de potasse.

13 mai. — Le malade se sent mieux. Déglutition moins douloureuse.

Hyperthermie et rougeur de la joue *droite*.

Hyperesthésie aussi vive des points faciaux. Le point occipital est extrêmement vif à la pression. Ganglion sous-maxillaire douloureux et plus gros à *droite* qu'à gauche.

Hyperesthésie des muscles du côté *droit* encore très marquée.

L'état local est meilleur. Temp. : 38°.

14 mai. — Les ulcérations amygdaliennes se cicatrisent, il reste encore une rougeur vive des amygdales. La *droite* est toujours plus volumineuse que la gauche.

Déglutition à peine douloureuse.

Hyperesthésie des points faciaux diminue d'intensité, elle existe encore un peu. Le point occipital est moins vif qu'hier. Il n'y a pas d'érythrose de la joue *droite*, un peu de chaleur de ce côté.

Hyperesthésie musculaire moins vive qu'hier. La sensibilité superficielle ne subit pas de modification. Température 37°,2.

15 mai. — État local très bon, il ne reste qu'un peu de rougeur et de tuméfaction amygdalienne.

Hyperesthésie des points faciaux très diminuée, point occipital encore douloureux, mais bien moins que les jours précédents. Hyperesthésie musculaire encore marquée. La pression sur la dent de sagesse inférieure *droite* est encore douloureuse.

Le malade demande à sortir le 16 mai.

OBSERVATION 39

Angine avec amygdalite *droite* réaction ganglionnaire *droite* très marquée. Adéno-phlegmon suppuré. Hémihyperesthésie superficielle et profonde *droites*. Herpès *droit*. Épistaxis *droite*. Hyperesthésie osseuse.

M^{lle} X., brodeuse, âgée de 29 ans, entrée le 4 juin 1904 à l'hôpital Lariboisière, salle Aran, service de M. Galliard, pour gonflement du cou à *droite*.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont vivants et bien portants. Le père est buveur.

Un frère épileptique, une sœur nerveuse sans attaques.

Antécédents personnels. — Bien portante jusqu'à six ans, a des convulsions à plusieurs reprises, réglée à 16 ans, bien jusqu'à 24 ans; à ce moment, première grossesse. Accouchement à terme d'une petite fille; à la suite infection utérine, depuis douleurs dans le ventre, pertes blanches très abondantes, entre à l'hôpital où on pratique une ovariectomie double; depuis n'a plus jamais revu ses règles. Les douleurs du ventre disparaissent.

La malade a très souvent des maux de tête. Dents gâtées et cariées à *droite*, ont produit des névralgies et des rages de dents fréquentes. Elle s'est fait extraire ces dents (grosses molaires de la mâchoire inférieure droite); les névralgies dentaires ont cessé. Mais les céphalées existent toujours, quoique moins fortes qu'autrefois.

Etat actuel. — Il y a quinze jours, en rentrant chez elle, fort mal de tête occipital. Dans la nuit, se réveille en proie à une vive douleur sous-maxillaire *gauche* exagérée par la déglutition, puis tremblements, frissons, fièvre.

Un médecin est appelé qui constate un gonflement des ganglions sous-maxillaires.

Traitement. — Gargarismes et compresses chaudes sur le cou.

Guérison au bout de trois jours. La malade reprend son travail.

Il y a deux jours, elle est reprise de fièvre; frissons, douleurs à la région sous-maxillaire *droite*, et gêne considérable de la déglutition. Entre à l'hôpital.

Examen. — On voit un gonflement considérable qui occupe la région sous-maxillaire, l'angle du maxillaire, la région parotidienne à *droite*. La parotide est nettement grosse et sensible à la pression et s'étend à la joue droite.

La joue *droite* est plus rouge et plus chaude que la gauche.

Examen de la bouche. — Gonflement de l'amygdale gauche encore appréciable.

A droite. — L'amygdale est grosse comme une noix, obstrue en grande partie l'orifice de la gorge, luette déviée à gauche. Gonflement du pilier et voile du palais correspondant.

Toute la région est fortement rouge. Il n'y a pas de fausse membrane, ni ulcération.

Langue saburrale.

Les dents restantes à droite paraissent être en bon état. A gauche, une grosse molaire inférieure cariée. N'est pas sensible à l'exploration.

Les viscères ne présentent rien à signaler.

Sensibilité. — Il y a héli-hypéresthésie musculaire du *côté droit*. Le cou, le thorax, le membre supérieur à *droite*, l'abdomen jusqu'à la racine de la cuisse, les muscles du cou, trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, sont très douloureux à *droite*. Rien à gauche.

Le courant électrique est plus douloureux à droite.

La pression à l'émergence des nerfs du trijumeau ou sur leur trajet *est très douloureuse à droite*, très peu à gauche. Les nerfs sus, sous-orbitaire et mentonnier sont très vifs.

Le point occipital est très douloureux à droite.

Hémi-hypéresthésie nerveuse *droite* jusqu'au membre inférieur. Pupille *droite* dilatée.

Sensibilité superficielle. — Il y a nettement hypéresthésie superficielle à tous les modes, tact, piqûre, froid, chaud.

Pas de différence de température appréciable entre les différents segments du corps.

On voit deux bouquets de *vésicules herpétiques* récentes sur la lèvre supérieure à *droite*. L'inégalité pupillaire persiste la même.

5 juin. — Ce matin, au moment de la visite, la malade a un saignement de nez. Seule la *narine droite* saigne.

Les phénomènes sensitifs existent sans changement appréciable depuis hier.

Céphalée occipitale bilatérale hier; phénomènes locaux, *statu quo*.

6 juin. — L'état local est le même. Grosse dysphagie à *droite*.

Cette nuit, *épistaxis droite*. Céphalée frontale à grande prédominance *droite*, bourdonnements de l'oreille *droite*.

Le gonflement œdémateux du côté *droit* du cou persiste le même.

On constate ce matin la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines qui sont rares et de couleur bouillon sale.

Hypéresthésie du cuir chevelu à *droite*.

L'hypéresthésie *musculaire droite* semble bien plus vive qu'hier.

7 juin. — Le gonflement ganglionnaire du côté *droit* du cou est un peu moins marqué.

L'amygdale *droite* a un peu diminué de volume.

Dysphagie encore vive à *droite*.

Rougeur et hyperthermie *droite* plus qu'à gauche. Hier grande céphalée diffuse, sans prédominance, avec hyperesthésie de tout le cuir chevelu.

L'hyperesthésie musculaire et nerveuse est encore vive dans la phère supérieure, diminue dans les membres inférieurs.

Même hyperesthésie superficielle.

Le pincement de la peau est cependant plus douloureux à *droite*, de même la pression et la percussion osseuse.

La perception des vibrations du diapason est plus marquée à *droite* (méthode d'Egger), os du membre supérieur, clavicule, omoplate.

8 juin. — État local un peu meilleur, gonflement du cou a notablement diminué ; à la gorge, il n'y a presque plus rien, mais l'état général laisse à désirer, la malade est abattue, le teint pâle, ne peut pas se lever sans avoir des tendances à la syncope.

Vomissements alimentaires, 4 grammes d'albumine. Épistaxis hier de la *narine droite*. Hyperesthésie encore vive de tout le côté *droit*, (sphère supérieure).

Même hyperesthésie superficielle.

10 juin. — Après examen de M. Sebileau, on décide une incision de l'adéno-phlegmon : il s'écoule un fond de verre d'un pus bien lié.

L'état général est assez précaire, sensation d'étouffement, vomissement. Les troubles sensitifs restent les mêmes.

12 juin. — Meilleur état général, épistaxis de quelques gouttes hier à *droite*.

Localement douleur beaucoup moins vive.

Hyperesthésie profonde persiste encore, mais moins intense que les jours précédents. On constate qu'il y a nettement de l'*hypoesthésie superficielle*.

14 juin. — La malade sort de l'hôpital sur sa demande, elle

est encore porteur d'une plaie de la région latérale du cou à droite suite de l'incision. Les phénomènes sensitifs sont les mêmes qu'hier, inégalité pupillaire persiste.

OBSERVATION 40

Syphilis secondaire. Éruption papulo-squameuse sur tout le corps. Angine pultacée *droite*. Hyperesthésie profonde du même côté.

2° Céphalée à prédominance nocturne. Douleurs ostéocopes tibiales et antitrachiales. Hyperesthésie profonde *gauche*. TRANSFERT à la suite d'une lésion dentaire *gauche*. Guérison après avulsion de la dent de sagesse supérieure *gauche* et soins dentaires.

M^{me} X., ménagère, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Jaquet, le 4 octobre 1903, porteur d'une éruption couvrant tout le corps.

Antécédents héréditaires. — Le père est vivant, 82 ans, a eu à deux reprises deux attaques de paralysie. La mère est morte à 76 ans de diphtérie infectieuse; un frère bien portant.

Antécédents personnels. — En bas âge, a eu la gourme, réglée à 14 ans, règles supprimées pendant trois ans jusqu'à 17 ans.

Première grossesse à 18 ans, enfant a vécu 8 jours; se remarie à 19 ans 1/2, 6 mois après une fausse couche, métrite et péripéritonite consécutives; huit années sans grossesse, puis une grossesse, petite fille à terme; cinq années plus tard un petit garçon, il a 16 ans actuellement.

Histoire de la maladie. — Il y a six semaines environ, maux de tête très violents, survenant de préférence la nuit, cessant vers le matin, siège région frontale, maximum à gauche, sensation lancinante, coups de marteaux dans la tête.

Quelques jours après, apparition de douleurs dans les jambes,

en particulier le long des tibias et au gras du mollet, élancements, caractère nocturne de la douleur.

La céphalée frontale cède un peu à l'apparition de douleurs tibiales ; l'éruption n'est apparue qu'en troisième lieu, il y a trois semaines, d'abord au visage, puis extension à tout le corps. La malade ne se rappelle pas avoir constaté une plaie, un bouton en un point quelconque du corps ; nous ne trouvons pas trace aux parties génitales, à la bouche et ailleurs de l'accident primitif.

Jamais de maux de gorge, ni mal à la bouche. Il y a quatre mois une extinction de voix de courte durée. L'éruption est constituée par de grosses papules cuivrées, légèrement saillantes, en certains points aspect éteint, passé de l'éruption, visage, membres inférieurs ; pas de plaques muqueuses ni anales, ni vulvaires.

Le visage est vultueux, congestionné, menton, nez, front, joues.

Viscères, rien de particulier.

6 octobre. — Depuis hier la malade se plaint de mal de gorge ; pendant deux jours nous ne remarquons rien de particulier. Il y a un peu de rougeur diffuse dans la gorge, pas d'adénopathie, un peu de douleur à la déglutition.

9 octobre. — Le troisième jour, à l'examen de la gorge, l'*amygdale droite* est très volumineuse, très rouge, déborde les deux piliers qui sont eux-mêmes congestionnés. Enduit blanchâtre à la surface, sous forme de points blancs, s'enlèvent facilement au pinceau.

L'*amygdale gauche* est de volume normal, à peine un peu rouge, pas d'enduit pultacé. Adénopathie moyenne à *droite*, sensible à la pression ; on ne sent rien à gauche. Douleur vive en avalant à *droite*.

Bouche : dentition en très mauvais état.

A *droite* : mâchoire inférieure : dernière grosse molaire inférieure *droite*, carie complète, cavité noirâtre, bord externe de

la gencive, présente petite ulcération ; gingivite marquée à ce niveau, à la mâchoire supérieure : les deux dernières grosses molaires sont cariées, gencives rouges, saignotantes. La malade nous dit que sa dent de sagesse supérieure poussée cariée est tombée.

A gauche : Il manque les deux dernières grosses molaires inférieures, les dents qui restent paraissent saines, pas de carie apparente, les gencives sont en assez bon état.

Sensibilité superficielle. — Contact : à l'aide de la pulpe de l'index et du pinceau : sensibilité paraît égale des deux côtés, le froid, la chaleur paraissent être perçus avec un peu plus d'intensité à droite, à la piqûre, même sensibilité des deux côtés.

Profonde, musculaire. — Il y a hypéresthésie musculaire de tout le côté droit. Sur le trapèze, le pincement léger détermine une réaction douloureuse très marquée, grimace ; sterno-cléido-mastoïdien, peaucier, biceps, triceps, long supinateur, premier interosseux palmaire, muscles des parois latérales de l'abdomen, droit antérieur de la cuisse, couturier, adducteur de la cuisse, muscles du mollet : Tous ces muscles sont bien plus douloureux à droite.

Nerveuse. — Pression sur nerfs : sus-orbitaire, grand occipital à la nuque, sous-orbitaire, mentonnier, douleurs vives à droite.

Au cou, le phrénique entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. Le plexus brachial à la base du cou, à l'aisselle, les nerfs du bras, de l'avant-bras, nerfs intercostaux à leur émergence, nerf crural, sciatique en arrière, sciatique poplité externe, tous ces nerfs sont beaucoup plus sensibles à la pression à droite.

Les réactions pileaire et vaso-motrice sont égales des deux côtés.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés.

10 octobre. — Température : 39°4.

Amygdale droite encore très volumineuse ; enduit pultacé plus étendu ; rougeur.

A gauche, mêmes constatations que la veille, l'amygdale *gauche* est de volume normal, non rouge, la malade souffre beaucoup en avalant.

Douleur à droite. Cette nuit la malade a ressenti des douleurs spontanées et provoquées par les mouvements aux jambes et aux genoux.

Sensation de tension, élancements. Ces douleurs ont été, d'après les dires de la malade, nettement plus vives à *droite*.

Le faciès est rouge, aspect vultueux, luisant de la face. L'éruption ne décroît pas, malgré le traitement spécifique qui a été institué dès l'entrée (frictions).

L'hypéresthésie du *côté droit* persiste avec les mêmes caractères.

11 octobre. — La température est tombée à 37°8.

L'état local est meilleur.

Faciès encore rouge. Hémi-hypéresthésie *droite* persiste.

12 octobre. — Température : 37°2, état local. Rougeur moins accentuée. Enduit pultacé a disparu. Douleur à la déglutition diminuée. L'hypéresthésie présente les mêmes caractères.

13 octobre. — La température est de 37°. Rougeur moins marquée. La dysphagie disparaît. L'hémi-hypéresthésie diminue.

14 octobre. — Ce matin, la malade nous annonce que toute la nuit elle a souffert de la tête.

Céphalée gravative dans la région frontale sans prédominance d'un côté. Les douleurs persistent encore très vives. Le faciès est rouge, congestionné. La douleur est diffuse dans toute la tête. Les éléments éruptifs de la peau sont d'un rouge ardent foncé.

Ponction lombaire. — 6 centimètres cubes d'un liquide très clair, très limpide s'écoule à une très forte pression. Après centrifugation et coloration, très rares lymphocytes. Un dans plusieurs champs microscopiques.

Immédiatement après la ponction, soulagement remarquable

de la céphalée, la douleur qui était diffuse avant la ponction se ramasse en un seul point médio-frontale.

Une heure après, la douleur est très diminuée, très supportable.

15 octobre. — Ce matin, détente générale, aspect reposé de la malade. Il n'y a plus cet air anxieux du visage. La rougeur de la face a diminué ; les conjonctives bulbaires très rouges hier sont décongestionnées ; les douleurs frontales sont très supportables. « Il n'y a aucune comparaison, nous dit la malade. »

16 octobre. — Le mieux persiste ; les boutons de la face et du corps sont moins florides. L'hémi-hypéresthésie a diminué d'intensité.

20 octobre. — La malade sort de l'hôpital à ce moment. La sensibilité profonde du côté *droit* est nettement moins exaltée. Le faciès est encore un peu rouge. État général relativement satisfaisant. Éruption plus pâle. Céphalalgie très supportable, douleurs dans les membres inférieurs, élancements aux tibias depuis quelques jours.

11 novembre. — La malade revient dans le service. Depuis son départ douleurs osseuses tibiales très vives prédominantes à *gauche*. La céphalée est peu à peu revenue, elle est maintenant violente, bilatérale aux régions temporales. Élancements, coup de marteau. Le faciès est un peu vultueux mais sans angoisse ; l'éruption est moins floride ; sur certaines régions il ne persiste que des macules.

Depuis son départ, la malade a fait des frictions mercurielles ; elle les a cessées deux jours avant sa rentrée, parce qu'elle croyait qu'elles provoquaient les douleurs de tête.

Il y a hypéresthésie profonde musculaire et nerveuse du côté *gauche* et cela de la manière la plus nette. Sur la tête, au cuir chevelu, à la région occipito-temporale *gauche*, plaque d'*hypéresthésie*.

14 novembre. — La céphalée est vive, mais un peu moins forte que les jours précédents. Douleurs rongeantes au *tibia gauche* et avant-bras *gauche*.

Réflexe rotulien exagéré des deux côtés mais particulièrement à *gauche*. Percussion avec le marteau à réflexes du tibia *gauche*, sensibilité très vive. A droite douleur moins marquée. En outre on constate un phénomène particulier, en percutant : mouvement d'abduction du premier orteil et flexion des autres orteils. La percussion au tiers inférieur du tibia est la plus douloureuse et provoque au maximum ces phénomènes des orteils (Phénomènes de l'éventail de Babinski).

Percussion du grand trochanter, très léger mouvement d'abduction du gros orteil.

Ces phénomènes se reproduisent aussi facilement du côté droit. A 2 heures de l'après-midi ponction lombaire 10 centimètres cubes d'un liquide très clair, très limpide ; à l'examen microscopique éléments cellulaires lymphocites. Après ponction, la céphalée persiste ; la barre frontale à maximum *gauche*, vers 5 heures s'exaspère et dure jusqu'à 11 heures du soir.

Céphalée gravative. Crises douloureuses dans les deux tibias plus accusés à *gauche*. Pas de modification dans la sensibilité profonde, il y a encore de l'hypéresthésie profonde du côté *gauche*.

15 novembre. — Sédation légère des phénomènes douloureux. Céphalée et douleurs tibiales persistent ; maximum à *gauche* surtout par la percussion ou la pression.

18 novembre. — Depuis hier après-midi la céphalée est revenue. Siège région frontale et temporale, véritable barre qui enserme le crâne. Lancements dans la région fronto-temporale *gauche*. Le facies est vultueux, très injecté. La malade n'a pas cessé de souffrir toute la nuit ; pas de sommeil, un peu de larmoiement ; pupilles égales ; réagissent bien à la lumière et accommodation ; pas de zig-zag, ni mouches volantes ; pas de raideur de la nuque.

Pas de Kernig.

Le pouls est calme et régulier.

Pas de fièvre 37°4.

Un vomissement bilieux hier et ce matin.

20 novembre. — La céphalée est très violente ne cède à aucun nervin ; parfois les douleurs sont si vives que la malade pousse des cris ; aucun phénomène méningitique.

Facies très rouge ; conjonctives très injectées ; un vomissement bilieux, les douleurs subjectives tibiales qui étaient *si vives* il y a encore trois jours ont presque *complètement disparu*, aussi bien à droite qu'à gauche.

Le phénomène des orteils persiste avec les mêmes caractères ; la vive douleur provoquée par la percussion est moindre.

21 novembre. — Ce matin à un examen minutieux de la malade, on constate que les douleurs sont plus prédominantes à *gauche* ; qu'elles irradient de préférence sur le côté correspondant de la face.

Toute cette partie de la face est plus congestionnée, plus chaude à l'exploration au dos de la main. La pression à l'émergence des branches du trijumeau est bien plus sensible du côté *gauche*, on pense à une névralgie faciale et on en cherche la raison dans les dents.

La pression et la percussion de la dent de sagesse supérieure *gauche*, est très vivement douloureuse, l'exploration au miroir montre un point noir de carie ; l'introduction d'un stylet fin dans la dent éveille une sensibilité extrêmement vive, en même temps redoublement en intensité de la céphalée. Cette dent n'a été à aucun moment le siège de la douleur ressentie et révélée par la malade. C'est l'exploration physique qui nous fait découvrir qu'elle est malade et qu'elle peut être le point de départ ignoré de la céphalalgie. L'après-midi la malade est envoyée au dentiste (M. Gaumerais) qui pratique l'extraction de la dent de sagesse supérieure *gauche*. Dès son retour à l'hôpital, changement à vue, la malade souffre à peine de la tête ; les douleurs ont cédé de la manière la plus nette à l'extraction dentaire.

22 novembre. — Ce matin, la céphalée a presque disparu.

Un peu de pesanteur à la région frontale *gauche* ; aspect reposé souriant ; la face est moins rouge, le côté *gauche* est un peu plus chaud. Les douleurs tibiales tendent à revenir ; prédominance nette du côté *gauche*.

Douleurs rongeantes, cependant elles sont plus supportables qu'avant. L'hémi-hypéresthésie *gauche* persiste peut-être un peu moins accentuée.

23 novembre. — Un peu de douleur au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure *droite*. Va chez le dentiste, pendant l'extraction, la dent casse.

Céphalée légère, région temporo-frontale *gauche* ; douleurs aux deux tibias surtout *gauche* : elles ont changé de caractère. Ce sont des élancements, l'hémi-hypéresthésie *gauche* existe encore, mais semble avoir diminué en intensité ; on reprend le traitement spécifique ; injection d'huile grise.

29 novembre. — La dent cassée est le siège d'un peu de sensibilité.

Céphalée très atténuée, douleurs tibiales moins marquées ; va chez M. Gaumerais qui pratique l'extraction de la dent.

2 décembre. — Quelques élancements nocturnes au *tibia gauche* et au membre supérieur correspondant.

L'hypéresthésie du cuir chevelu *gauche* persiste encore mais diminue.

3 décembre. — Mieux général.

4 décembre. — Le mieux s'accroît. Céphalée disparaît ; douleurs tibiales s'atténuent ; dort assez bien ; la face est moins rouge.

9 décembre. — Nous constatons que la sensibilité profonde du côté *gauche* a disparu.

12 décembre. — Sort de l'hôpital en assez bon état. La veille on pratique une saignée de 200 grammes. Ce matin malade peu congestionnée ; pas de céphalée.

Les sensibilités superficielle et profonde paraissent être les mêmes à droite et à gauche.

La malade est revue le 15 janvier 1904. Nul incident sensitif nouveau à la face ou ailleurs.

OBSERVATION 41

Salpingite gauche. Dyspepsie. Hemi-hyperesthésie superficielle et profonde gauche. Hypoesthésie droite. Zone d'anesthésie. Évolution de la dent de sagesse gauche. Angine néo-dentaire.

M^{lle} D..., 18 ans, relieuse, entre le 27 mars 1904, salle Rostan, lit 7, service du Dr Jacquet; souffre de l'estomac et du ventre à *gauche*.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère maternelle morte d'un cancer de l'estomac. Aucun autre renseignement sur les autres grands-parents, père mort tuberculeux à 49 ans; avait des crises de nerfs, alcoolique, violent et emporté.

Mère bien portante, nerveuse.

Une sœur, morte de méningite à 5 ans.

Un frère de 5 ans bien portant.

Deux frères morts jeunes de convulsions.

Antécédents personnels. — Maladies fébriles dans son enfance, ne se rappelle pas lesquelles; enfant chétive, céphalées fréquentes; à 8 ans, bronchite.

Réglée à 15 ans, souffre de l'abdomen depuis ce temps.

Rapports sexuels il y a un an.

État actuel. — Elle entre pour douleurs au ventre à *gauche*, et douleurs d'estomac. Les douleurs du ventre datent de sa formation. Les règles ont toujours été irrégulières. Souffrances très vives surtout avant l'apparition des menstrues. C'est depuis ses premiers rapports que les douleurs sont plus vives, d'abord diffuses dans tout le bas ventre, elles sont actuellement localisées à *gauche*. Elle souffre surtout dans la station debout.

Toucher. — L'utérus est tout petit, infantile ; le col est très fermé ; dans le cul-de-sac postérieur et *gauche* on sent une trompe grosse et très douloureuse à la pression : salpingite *gauche*.

Pertes jaunes.

Les douleurs d'estomac sont constantes et durent depuis plusieurs années.

Digestions lentes. Pas de vomissement.

Les autres appareils paraissent normaux.

Sensibilité superficielle. — Il y a hyperesthésie superficielle *gauche* à tous les modes.

Profonde. — *Hyperesthésie profonde gauche* nerveuse et musculaire très nette. Le courant électrique est mieux senti à *gauche* et plus pénible. *Hyperesthésie osseuse*, os iliaque, radius, olécrâne, tibia, fémur *gauches*. *A droite, il y a hyposthésie profonde et superficielle* ; en certains points, il y a des zones d'anesthésie, face interne du bras, flanc droit, région vésiculaire. Plaque d'*hyperesthésie* au cuir chévelu, vertex à *gauche*.

A la face, érythroïse permanente et *hyperthermie* de la joue *gauche*.

La pression aux points d'émergence des nerfs faciaux est très vive à *gauche*.

Les dents sont en mauvais état des deux côtés. Céphalées fréquentes, en particulier dans la région frontale *gauche*.

30 mars. — Céphalée à *gauche*.

Névralgie de la mâchoire inférieure *gauche*.

Elancements au bas-ventre.

L'*hyperesthésie* est toujours très vive à *gauche*.

31 mars. — Hier intervention dentaire. Extraction par M. Gaumerais de la deuxième petite molaire supérieure *gauche*, atteinte de pulpite et périostite. Depuis hier, la céphalée a diminué, mais les douleurs du ventre semblent être plus vives (probablement à cause du déplacement pour aller chez le dentiste).

Hyperesthésie du côté *gauche*, statu quo.

1^{er} avril. — Souffre du ventre comme hier. La céphalée a beaucoup diminué. L'hyperesthésie à la face et au cuir chevelu a notablement diminué.

Même état de l'hémi-hyperesthésie *gauche*.

2 avril. — Moins de céphalée, mais mêmes douleurs du ventre à *gauche* et de la jambe et cuisses correspondantes. L'hyperesthésie faciale à *gauche* a notablement diminué. Il en est de même dans la sphère supérieure du corps, cou, thorax, membre supérieur, abdomen jusqu'à l'épine iliaque, antérieure et supérieure. L'hyperesthésie persiste dans la sphère inférieure, où elle est égale à celle d'hier.

3 avril. — Même état de souffrance au ventre.

4 avril. — Les douleurs du ventre sont plus fortes qu'hier, ainsi qu'à la *jambe gauche*. L'hyperesthésie faciale diminue de plus en plus. Plus d'hyperesthésie du cuir chevelu.

5 avril. — Pas de céphalée, ni névralgie dentaire. Douleurs du ventre plus vives encore qu'hier.

L'hyperesthésie faciale à *gauche* est très légère.

La sensibilité dans la sphère supérieure diminue aussi beaucoup.

7 avril. — Se plaint toujours du ventre à *gauche*, sans soulagement. Pulvérisations au chlorure de méthyle.

8 avril. — Souffre moins du ventre. Hier soir, a été prise de fortes douleurs de gorge à droite et à gauche. Déglutition très pénible, fièvre 39°,1. Ce matin, la malade ouvre difficilement la bouche, respire avec peine.

Exaltation très vive de la sensibilité superficielle et profonde des deux côtés du corps, mais surtout à *gauche*.

10 avril. — L'état général est un peu meilleur qu'hier. La déglutition est encore douloureuse. Hyperesthésie faciale *gauche*. Ganglion sous-maxillaire très sensible à *gauche*.

Hyperthermie et rougeur de la face à *gauche*.

11 avril. — La gorge va mieux. Ganglions sous-maxillaires tuméfiés et douloureux des deux côtés.

12 avril. — Etat général meilleur. Sensibilité à la déglutition à *gauche*. Plus de fièvre. Grande douleur à la pression du ganglion sous-maxillaire *gauche*. D'après M. Gaumerais, la dent de sagesse *gauche* est en évolution (angine néo-dentaire).

13 avril. — Ne souffre plus de la gorge, l'amygdale *gauche* est encore un peu tuméfiée.

Hyperesthésie légère et diminuée du côté *gauche*.

14 avril. — La malade se plaint du ventre et surtout aux régions lombaires. (La malade attend ses règles).

Hyperesthésie musculaire et nerveuse semble être un peu plus vive qu'hier.

Joue *gauche* très rouge et chaude.

OBSERVATION 42

Évolution de la dent de sagesse inférieure droite. Amygdalite à prédominance à droite. Points mentonnier, sus et sous-orbitaire, rétro-maxillaire et occipital, douloureux à droite. Hyperesthésie nevro-musculaire droite partielle.

18 ans, ménagère.

D'excellente santé générale ; n'a jamais été malade, dit-elle, avant septembre dernier où elle prit une blennorrhagie aiguë pendant quinze jours et encore actuellement en état d'écoulement assez abondant. N'est pas sujette aux maux de gorge.

Le lundi 14 novembre 1904. — Sans refroidissement, sans cause occasionnelle appréciable, elle eut un vif agacement de la

1. FERRAND. Observation communiquée à la société de l'Internat, juin 1904.

« dent du fond » à la mâchoire inférieure du *côté droit*. Le lendemain, il devint plus vif; elle y porta le doigt et vit « que la dent était recouverte d'une sorte de chair ».

Les jours suivants, la douleur localisée augmenta et le samedi 19 novembre, elle eut mal « à côté de la dent, dans la bouche ».

Le lundi 21 novembre enfin, elle éprouva une gêne de la déglutition assez marquée à *droite* exclusivement, pour qu'elle s'impose une alimentation liquide.

Actuellement 22 novembre. — Amygdales à peu près également tuméfiées, mais rougeur plus accentuée à *droite*, s'étendant en outre sur le pilier antérieur *droit* du voile.

A la *mâchoire inférieure*, à *droite*, saillie de la dent de sagesse qui est presque sur le même plan que les autres, et qui est encore à peu près complètement recouverte d'une muqueuse tuméfiée, blanchâtre, très douloureuse à la pression. En ce point et s'étendant un peu au delà du foyer principal, gonflement notable de la gencive, avec légère érosion gingivale, linéaire, et de 2 centimètres d'étendue. La face interne de la joue au point correspondant est rouge, gonflée et douloureuse, elle est recouverte sur 1 centimètre environ, d'un léger enduit blanchâtre et mince dû à de la stomatite épithéliale.

Le reste de la dentition est en excellent état. Aucune dent ne manque; aucune ne paraît malade. Cependant on note, en regard du foyer primitif, à *droite* toujours, un léger gonflement avec rougeur au niveau de la dent de sagesse supérieure. La dent de sagesse inférieure *gauche*, également sortie, saillante, est encore encapuchonnée par sa muqueuse; mais il n'y a, autour d'elle aucune réaction appréciable et elle n'est pas douloureuse, spontanément ou à la pression.

Pas d'adénite sous-maxillaire de ce côté. A *droite* au contraire, quatre ou cinq ganglions, gros et douloureux. A *droite* dans cette région sous-maxillaire, douleur profonde et vive à la pression. Douleur superficielle et profonde à la pression aux

points d'émergence des branches du trijumeau : points mentonnier, sous et sus-orbitaire, rétro-maxillaire et occipital. La pression en ces mêmes points n'est pas sensible à gauche.

Pas d'hyperesthésie du cuir chevelu ni à droite, ni à gauche.

Légère sensibilité des masses musculaires du cou, à *droite*.

Pas d'hyperesthésie à droite, au tronc ou aux membres.

Cœur et poumons normaux.

23 novembre. — Le lendemain, la douleur à la déglutition et l'aspect des amygdales sont sensiblement les mêmes. Le gonflement gingival est plus marquée, mais surtout la stomatite épithéliale s'est beaucoup accentuée et s'étend maintenant sous forme d'un placard continu, en bande, long de 5 ou 6 centimètres, à la face interne de la joue *droite*. Toute la région est douloureuse : l'adénite est la même.

Mêmes réactions sensibles que la veille.

OBSERVATION 43

Hémi-angine *droite* avec hémi-hyperesthésie systématisée *droite* en rapport avec l'éruption de la dent de sagesse *droite* (1).

Adèle B..., âgée de 16 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Galliard, salle Aran ; se plaint de mal à la gorge.

Rien à noter de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

Le 16 octobre 1904, à la suite d'un peu de fatigue, reste enrouée toute la journée. Le lendemain, la voix est redevenue claire.

1. Observation communiquée à la Société de l'Internat, juin 1904.

Le 19 octobre, la malade qui s'était couchée en parfait état de santé, se réveille en proie à un violent mal à la tête ; elle est en même temps prise de nausées et de vomissements. *Une douleur très vive apparaît à la gorge, et la déglutition devient très pénible.* Sortie dans la rue, elle est prise de vertige, de défaillance, et obligée d'entrer chez un pharmacien, d'où elle est conduite à l'hôpital.

Examen. — La malade est très déprimée, un peu de torpeur. La céphalée est intense. Un vomissement ce matin. Insomnie à peu près complète. Pendant les courts instants de sommeil, on la voit s'agiter et se retourner dans son lit.

La température est à 39° 2. Hier soir 40° 6. Le pouls est à 130.

D'emblée la malade attire l'attention sur la *dysphagie* qui est très pénible. L'examen de la gorge ne révèle *absolument rien*. Le voile du palais, le pharynx présentent leur coloration normale rosée. Les amygdales ne sont pas augmentées de volume.

Rien en somme dans la gorge ne nous explique cette dysphagie.

On constate, en outre, un peu de catarrhe nasal et oculaire.

Les conjonctives sont légèrement rouges par places.

L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

Le ventre est souple, pas douloureux, constipation depuis trois jours. La rate n'est pas grosse.

A la mâchoire *inférieure droite* on voit une *dent de sagesse*, dont la face triturante émerge en partie de la gencive, elle est un peu basculée sur le côté interne, et laisse voir ses cuspides internes.

La muqueuse gingivale voisine est rouge, tuméfiée. La pression sur la table interne de l'os est très *douloureuse*. A gauche il n'y a pas de dent de sagesse appréciable, pas de douleur à la pression. Rien aux maxillaires supérieurs.

On pense à une pneumonie centrale en raison du début brusque. Réserve pour une grippe. On prescrit une purgation. Lotion froide.

21 octobre.— Même état qu'hier. Température hier soir 40°3, ce matin 39°.

La *dysphagie* est très marquée nettement à droite. La malade montre l'angle sous-maxillaire *droit*. L'examen de la gorge ne montre encore rien. Peut-être y a-t-il un peu de rougeur des amygdales.

La malade se plaint ce matin d'une vive douleur à la nuque, particulièrement à droite. Pas de troubles oculaires, pas de Kernig. Le pouls est à 110.

22 octobre. — La déglutition est encore plus douloureuse que la veille. La gorge est un peu rouge. Sur l'amygdale *droite* deux ou trois petits points blancs.

23 octobre. — Dysphagie encore très vive. La gorge est franchement rouge. L'amygdale *droite* est augmentée de volume, et déborde le pilier droit. L'exsudat est plus étendu. A gauche, il n'y a pas de rougeur de l'amygdale, il n'y a pas d'exsudat. Le catarrhe oculo-nasal a cessé, l'état général est meilleur. Température 38°6. Rien autre à noter.

Il y a *hyperesthésie musculaire et nerveuse* très nette de tout le côté *droit*. Rien à gauche. Les muscles trapèze, sterno-cleido-mastoidien, grand pectoral, les muscles de l'avant-bras de la main, les masses sacro-lombaires, les muscles de la cuisse, de la jambe, sont nettement douloureux à la palpation profonde.

Il y a en outre *hyperesthésie nerveuse*, tous les troncs nerveux superficiels sont douloureux à la pression à droite. En particulier les points d'émergence du trijumeau et le nerf occipital *droits*. La sensibilité superficielle est exaltée. Il y a hyperesthésie superficielle à tous les modes.

24 octobre. — Etat général meilleur. Température 38°1. L'exsudat a diminué. La dysphagie est supportable.

Petit ganglion sous-maxillaire *droit* douloureux.

L'hyperesthésie du côté *droit* persiste avec ses mêmes caractères.

La douleur à la pression de la dent de sagesse est moins vive.

La malade va tous les jours de mieux en mieux. Elle sort quatre jours après. L'hyperesthésie existe encore, mais a diminué.

OBSERVATION 44

Pneumonie aiguë de la base *droite* chez un homme atteint de bronchite chronique et emphysème. Arrivée à l'hôpital au déclin de la pneumonie. Hémi-hyperesthésie profonde *droite*. Hypoesthésie superficielle *droite*.

M. X..., maçon, 60 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 19 novembre 1903, salle Aran, dans le service du Dr Jacquet.

Se plaint de point de côté à droite, de fièvre et de toux.

Antécédents héréditaires. — Aucune particularité digne d'être notée.

Père mort très vieux. Mère morte d'accident.

Antécédents personnels. — Il est fils unique.

Variolo à 41 ans. Aucune autre maladie. Depuis six ans, touse et crache beaucoup ; respiration un peu difficile surtout lorsqu'il fatigue un peu.

Il y a dix jours, au cours de son travail et après une journée de malaise général, de nausées, est pris d'un point de côté très douloureux du côté *droit* un peu en dehors du mamelon correspondant.

Frissonnements multiples, toux s'exagère, il a chaud.

Rentre chez lui, reste alité huit jours, est soigné par son médecin pour congestion pulmonaire.

Actuellement, on constate, à l'examen du thorax: submatité à la percussion de la base *droite* en arrière.

Vibrations augmentées.

L'auscultation révèle un souffle assez âcre, non tubaire à la base droite. Tout autour, râles assez fins inspiratoires, un peu humides.

Dans le reste du poumon, sibilances aux deux temps, expiration prolongée.

A gauche. — Râles ronflants, quelques sibilances disséminées.

En avant. — Mêmes râles ronflants et sibilants.

Dyspnée assez marquée.

Point de côté diffus.

Toux assez opiniâtre, s'accompagne d'une expectoration abondante, mousseuse, colorée en rouge clair par du sang; filante, un peu adhérente au vase.

Urines. — Contiennent quelques traces d'albumine.

Cœur. — Deuxième bruit aortique fort, claqué. Pointe un peu en dehors du mamelon. Pouls fort tendu, radiale en tuyau de pipe. 105 pulsations.

Température 39°2.

Langue un peu sèche. Bon appétit.

Foie. — Non hypertrophié. Le malade ne présente pas de signes d'alcoolisme chronique. A toujours été sobre. Rien sur le reste du corps.

Sensibilité superficielle. — Au pinceau, froid, chaud, piquûre sont moins perçus à *droite* qu'à gauche.

Profonde. — Hyperesthésie névro-musculaire du côté *droit*. Le courant d'électricité faradique est plus vif de ce côté. A gauche pas de sensibilité appréciable aux différents modes d'exploration.

L'hyperesthésie est moyenne, très nette.

Réflexes. — Rotuliens égaux des deux côtés.

Plantaires également.

Testicule droit plus sensible que le gauche.

Phénomènes vaso-moteurs. *Joue droite* plus rouge et plus chaude que la gauche.

20 novembre. — Après saignée. Amélioration notable dans la dyspnée et le point de côté.

Température du soir 39° ; le matin chute à 37°2.

Le malade va mieux. Tousse toujours. L'expectoration est moins sanglante qu'hier. Même hyperesthésie neuro-musculaire *droite*.

Les signes locaux de pneumonie s'atténuent.

21 novembre. — Température hier soir 38°5. Le matin, 37°.

Meilleur état général. Râles plus gros, plus humides.

L'expectoration n'est plus sanguinolente, mousseuse. Quelques crachats muco-purulents.

Même hyperesthésie. Plus de rougeur de la pommette. Les jours suivants, amélioration continue de l'état général.

Le 26 novembre. — Le malade sort guéri. Son hyperesthésie persiste, mais très diminuée.

OBSERVATION 45

Pneumonie du sommet *droit*. Arrivée à l'hôpital à son déclin; chez un alcoolique. Hyperesthésie musculaire et nerveuse partielle du côté correspondant à la pneumonie.

X..., âgé de 34 ans, menuisier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 29 octobre 1903, salle Aran, service du Dr Jacquet : Se plaint de fièvre, toux et douleur dans la poitrine.

Antécédents héréditaires. — Père mort très vieux, 84 ans, toussait. Mère vivante, pas nerveuse, n'a jamais été malade.

Antécédents personnels. — Lui-même a toujours été bien

portant. Alcoolique, boit plusieurs litres de vin par jour, absinthe, vermouth. Se rend bien compte qu'il a abusé d'acool. Il y a sept jours, le 22 octobre, rentrant de son travail, à 8 heures, frissonnements continuels qui durent deux heures ; douleur vive au-dessus du mamelon, à droite ; toux sans expectoration. S'alite le lendemain et est soigné en ville. N'entre à l'hôpital que le septième jour de sa maladie.

Nous constatons : Malade un peu malingre, facies rouge, vultueux, yeux bleus brillants. Dyspnée évidente. Point de côté a diminué. Persistance de la sensibilité au-dessus du mamelon surtout lorsqu'il tousse ou s'il respire un peu fort.

Toux avec expectoration ambrée, adhérente au vase. Quelques mucosités filantes et un peu aérées.

Dyspnée. Respire encore difficilement, mais n'est pas à comparer avec la dyspnée des premiers jours.

Examen. — Percussion normale. En avant, en arrière, au sommet, un peu de submatité. L'auscultation ne révèle d'abord rien en avant et en arrière ; ce n'est qu'en auscultant attentivement l'aisselle et dans sa partie la plus élevée qu'on découvre un petit foyer où l'on entend un souffle tubaire avec râles fins crépitants.

Un peu plus bas, le souffle est plus rude et les râles un peu plus humides.

Rien du côté gauche ; pas trace de pleurésie ; rien au cœur.

Foie. — Augmenté de volume ; dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes, est sensible spontanément et à la pression.

Langue. — Blanche, non sèche. Appétit conservé ; pas de vomissements ni de diarrhée.

Urines. — Plutôt rares, foncées, sédimenteuses, léger nuage albumineux, pas de sucre ; tremblement alcoolique des membres supérieurs, autres stigmates habituels de l'alcoolisme ; cauchemars, crampes de mollet.

Sensibilité superficielle. — Sensibilité égale des deux côtés

et partout. Du côté *droit*, côté de sa pneumonie, *certain*s muscles sont nettement le siège d'hyperesthésie, rien du côté opposé, trapèze, peaucier, sterno-cléido-mastoïdien, grand pectoral, biceps. Aux membres inférieurs, rien.

Nerveuse. — La pression paraît également sensible des deux côtés.

Température 39°8, pouls 92. Le lendemain, chute brusque de la température 37°3, pouls 80. Même hyperesthésie des mêmes muscles; l'état local s'améliore les jours suivants, il persiste un peu de souffle au foyer pulmonaire, diminution progressive et définitive de l'hyperesthésie.

Des deux côtés le pincement des muscles détermine les mêmes sensations; sort guéri quatre jours après.

OBSERVATION 46

Tuberculose pulmonaire chronique troisième degré.

Grosse cavité à droite au sommet et en arrière. Grande héli-hyperesthésie névro-musculaire du côté droit. Hypoesthésie superficielle droite, clonus des deux pieds, bien plus marqué à droite.

M^{me} X..., 32 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Jacquet, salle Rostan, le 18 novembre 1903, très affaiblie, se plaignant de tousser et de perdre tous les jours ses forces.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 62 ans d'une fluxion de poitrine; mère morte d'une tumeur dans le ventre.

La malade a toujours été bien portante, réglée à 13 ans, bien réglée depuis. Il y a deux mois que les règles ne sont pas revenues, pas enceinte.

Trois enfants en bas âge, bien portants actuellement.

Le mari qui est cordonnier se porte bien, n'a jamais toussé.

Son métier de cordonnière n'est pas très pénible, ne s'alcoolise pas.

Au mois de janvier dernier commence à tousser, perte d'appétit, douleurs d'estomac, maigrit, n'a jamais craché de sang, a été soignée à diverses reprises à l'hôpital Saint-Antoine; en sortait chaque fois améliorée.

Actuellement, femme extrêmement amaigrie, peau collée sur les os. Masses musculaires ne persistent qu'à l'état de cordellettes tendues. Facies cireux, yeux brillants, tremblement des mains hors des mouvements volontaires.

Appareil respiratoire. — Atrophie marquée des muscles de l'épaule à droite. A l'examen on trouve tous les signes d'une cavité volumineuse interne et supérieure au sommet du *poumon droit*. Souffle amphorique, gargouillement. Le reste du poumon est infiltré. A *gauche* lésions moins avancées. Infiltration localisée au sommet; râles commencent à devenir humides.

Tachycardie. Cœur bat à 150; pas de bruit orificiel.

Foie. — Pas volumineux ni sensible.

Urines. — Un peu d'albumine. Douleurs gastriques. Appétit nul; vomissements après quintes de toux.

Dyspnée. — Assez marquée.

Système nerveux. — Douleurs subjectives dans le côté *droit* du corps; face antérieure et postérieure du thorax à *droite*.

SENSIBILITÉ SUPERFICIELLE. — *Hypoesthésie* très nette de tout le côté *droit* du corps depuis en haut jusqu'en bas; s'arrête sur la ligne médiane. Dès qu'on dépasse la ligne médiane, ah! je sens mieux, dit la malade.

Chaud, froid, piquûre sont également moins perçus à *droite*.

Sensibilité profonde. — Grande hypéresthésie à *droite*.

Alors que le pincement des muscles à gauche est parfaitement toléré, il est insupportable à *droite*. Cris de douleur, mouvement de défense de tout le corps, angoisse du visage. Le trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, grand pectoral du côté *droit* sont d'une sensibilité exquise. La douleur provoquée est très

vive et se prolonge aussi longtemps que dure la réaction myotonique du muscle. Les autres muscles du *côté droit*, biceps, triceps, long supinateur, premier interosseux, ceux de la cuisse, jambe, sont très douloureux, moins qu'aux membres supérieurs.

Le passage du *courant électrique* est extrêmement douloureux de ce côté.

Nerveux. — Pression très douloureuse à *droite*. La douleur est moindre cependant que le pincement musculaire Trijumeau. phrénique, pneumogastrique, en haut, en bas. Plexus brachial cubital, crural, sciatique.

Appareil visuel. — Pupille *droite* un peu plus dilatée que gauche. Entend aussi bien des deux côtés le tic-tac d'une montre.

Vaso-moteur. — Joue *droite* plus chaude que la gauche. Pas de rougeur apparente. Température du tronc plus chaude à *droite* qu'à gauche.

Cuisse et jambe, *idem*.

Réflexes rotuliens. — Exagéré à *droite*, détermine un tremblement prolongé et général du membre inférieur.

Trépidation épileptoïde, existe des deux côtés. Plus marquée à *droite* où elle persiste plus longtemps.

Le *réflexe pileaire* est nettement plus accusé à *droite*.

20 novembre. — État général aussi précaire.

Même hyperesthésie neuro-musculaire *droite*, très exquise ; pas de sensations subjectives de ce côté.

La joue *droite* est franchement *rouge*. La gauche absolument pâle de la teinte générale du visage.

Température de la joue *droite* plus marquée que celle de la gauche.

25 novembre. — La malade, dépérit tous les jours. La joue *droite* reste tous les jours, quand nous l'examinons, plus rosée et plus chaude que la gauche.

Hypoesthésie superficielle avec mêmes caractères.

Hypéresthésie profonde droite tout à fait exquise. Il faut

aller très doucement dans l'exploration pour ne pas provoquer une douleur très vive et très prolongée.

La malade meurt le 29 novembre dans la nuit après une période d'excitation musculaire très marquée.

OBSERVATION 47

Tuberculose pulmonaire, chronique, troisième degré chez un vieillard, 70 ans. Lésions cavitaires plus étendues à droite. Hyperesthésie névro-musculaire droite. Inégalité pupillaire.

X..., âgé de 70 ans, maçon, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broussais, service du Dr Jacquet, le 10 novembre 1903, se plaignant de toux, perte d'appétit, faiblesse générale.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. En 1854 au moment de la guerre de Crimée, a eu le choléra ; depuis a toujours joui d'une bonne santé.

N'est pas nerveux ; use modérément de vin ; ne boit pas d'alcool, ni absinthe.

Au mois de mars 1903, commence à être malade. Tousse surtout le matin, en même temps, perte d'appétit, les forces déclinent ; continue à travailler, ne s'alite que lorsque ses forces ne lui permettent plus de faire son métier, n'a jamais craché de sang.

Actuellement : vieillard amaigri, peau sèche, ridée.

Toux. — Ne le quitte pas, pénible ; expectoration muco-purulente verdâtre.

Dyspnée continuelle, surtout la nuit. Fièvre le soir, 39°2, pouls rapide, 105.

Appétit est nul, à peine s'alimente-t-il d'un peu de potage. De temps en temps diarrhée.

Cœur. — Bruits secs et claqués, pas de bruit orificiel.

Foie. — Ne paraît pas augmenté de volume.

Urines. — Rien.

Souffre de douleurs vagues dans la jambe *droit* ; myalgie au mollet.

Articulation du genou *droit* douloureuse, l'extrémité inférieure du fémur également.

Sensibilité superficielle. — Paraît normale.

Hypéresthésie profonde, pour trapèze *droit*, le gauche est notablement atrophié, sterno-cléido-mastoïdien *droit* très douloureux.

Le peaucier, le biceps, le triceps, le long supinateur, le premier interosseux *droits* sont très douloureux.

Aux membres inférieurs les phénomènes sont les mêmes. Hypéresthésie des muscles *du côté droit*.

Nerfs. — Pression sur les branches d'émergence du trijumeau rien. Le plexus brachial au creux sus-claviculaire, le circonflexe, le plexus brachial à l'aisselle, le cubital, le phrénique, le pneumogastrique : tous ces nerfs sont manifestement plus douloureux à *droite*.

Aux membres inférieurs, la pression est également plus douloureuse à *droite*.

La pupille *droite* est plus dilatée que la gauche. Rougeur et hyperthermie de la joue *droite*.

OBSERVATION 48

Taberculose pulmonaire chronique. Cavité à *droite* ; infiltration du poumon. Lésions moins avancées à gauche. Salpingo-ovarite *droite*. Hémi-Hyperesthésie *droite*, superficielle et profonde. Hyperesthésie osseuse ; pupille *droite* plus dilatée que la gauche.

M^{me} X..., 31 ans, ménagère, entre le 6 août 1903, service du

Dr Jacquet à l'hôpital Saint-Antoine. A beaucoup maigri, perd ses forces et tousse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 70 ans, d'une maladie de cœur. Mère morte à 31 ans du choléra.

Ni frère, ni sœur.

Son père, était buveur. Sujet à des colères fréquentes.

Antécédents personnels. — Faible et chétive dans sa première enfance. Rougeole à 3 ans. Angine couenneuse à 10 ans.

Réglée à 11 ans, toujours régulièrement, jusqu'au début de sa maladie.

Travaille en atelier jusqu'à 17 ans. (Couronnes et perles). Se marie à 18 ans. Trois ans après, première grossesse.

6 grossesses dont une gemellaire en six ans et trois mois. Dernière grossesse en septembre 1900.

En juin 1901. Fluxion de poitrine d'une durée de sept semaines. Nourrit son bébé jusqu'à fin octobre. C'est quand elle l'a sevré qu'elle s'est sentie plus malade.

A ce moment tousse beaucoup. Perd l'appétit, maigrit, a des sueurs la nuit. Entre à diverses reprises à l'hôpital où son état s'améliore.

Actuellement, amaigrissement notable. Dyspnée vive; teinte cyanotique du visage. Sueurs abondantes.

Appareil respiratoire :

A droite. — Au sommet caverne de volume moyen dont les signes sont bien perceptibles en arrière; tout autour, zone de râles sous-crépitaunts dont les uns sont humides. Mêmes râles humides à la partie moyenne surtout à la partie interne du poumon. La moitié inférieure du poumon respire normalement.

A gauche. — Quelques sibilances et respiration soufflante au sommet. En avant mêmes signes.

Tachycardie. 120 de pouls.

Appareil digestif. — Langue rosée, appétit très diminué, pas de douleur d'estomac, toux émétisante. Crises de diarrhée, le foie est augmenté de volume, sensible à la pression.

Ni sucre, ni albumine.

Appareil génital. — La malade n'a pas vu ses règles depuis quatre mois. Elle se plaint de douleurs vives au côté *droit* du bas ventre, surtout lorsqu'elle est debout.

Toucher: Col gros, un peu ramolli; l'utérus n'est pas augmenté de volume. Sur son côté *droit* et indépendant de lui, on sent dans le cul-de-sac postérieur et *droit* une tumeur assez limitée, grosse comme une mandarine, paraissant fluctuante, un peu irrégulière, et très vivement douloureuse.

La palpation au-dessus de l'arcade crurale à *droite* permet de sentir dans la profondeur, grâce à la souplesse du ventre, une tuméfaction salpingienne très nette, très douloureuse.

Sensibilité superficielle. Hyperesthésie droite à tous les modes :

Sensibilité profonde. — Hyperesthésie musculaire de tout le côté *droit* très marquée. Le courant électrique est plus vif et plus douloureux du côté *droit*.

Hyperesthésie nerveuse du même côté.

La pression profonde, tissu cellulaire, os est plus douloureuse à *droite*.

Les vibrations au diapason sont mieux ressenties à *droite*. Au membre inférieur, côtes; à la face et au crâne moins. La pupille *droite* est plus dilatée que la gauche. Le malade se plaint de douleurs vagues, gênantes, à l'épaule, à l'avant-bras *droit*. Quelquefois picotements, un saignement de nez de la narine *droite*, le même jour saignement des deux narines.

OBSERVATION 49

Tuberculose pulmonaire chronique, deuxième degré.
Lésions étendues à droite moitié supérieure du poumon. **A gauche**, lésions plus légères plus localisées au sommet. **Hyperesthésie névro-musculaire droite.** **Hyperesthésie superficielle droite.** **Pupille droite** plus dilatée que la gauche.

M. X..., entre à l'hôpital Saint-Antoine le 16 novembre 1903 service du Dr Jacquet, 43 ans, salle Broussais, vendeur en magasin. Il se plaint de toux et de dyspnée.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 82 ans d'un accident. Il avait joui d'une très bonne santé; caractère violent, nerveux, querelleur. Mère morte à 60 ans d'un cancer abdominal, pas de crises de nerfs; pas nerveux ni irritable.

Antécédents personnels. — Depuis sa naissance jusqu'à sa puberté garçon chétif, malingre, s'enrhumant facilement, malade pour un rien, dit-il, à partir de 15 ans, la santé est meilleure; depuis elle s'est toujours maintenue très bonne.

A 40 ans chaud et froid; c'est depuis ce temps qu'il est malade.

N'a fait ni excès de boisson, ni excès vénériens.

Il y a trois ans commence à tousser, a perdu l'appétit, continue à travailler; il maigrit, entre à l'hôpital Saint-Antoine, reste deux mois, et sort très amélioré. La santé reste satisfaisante jusqu'à l'hiver suivant où la toux, la dyspnée, une hémoptysie l'obligent à rentrer à l'hôpital, reste quatre mois. Depuis la santé est restée un peu précaire.

Actuellement. — On remarque amaigrissement assez marqué. Muscles de l'épaule, cuisses et jambes atrophiées.

Toux. — Surtout la nuit, expectoration muco-purulente, il y a quatre jours petite hémoptysie.

Dyspnée assez marquée surtout au moindre effort, survient en particulier la nuit.

Douleurs spontanées subjectives à *droite* sous le mamelon.

Examen : Poumon droit. — Sommet : infiltration, râles sous-crépitaunts un peu humides ; submatité et augmentation des vibrations thoraciques.

Reste du poumon ; la respiration est un peu soufflante. Les signes d'auscultation sont aussi marqués en avant qu'en arrière.

Poumon gauche. Quelques râles sous-crépitaunts secs au sommet surtout en faisant tousser le malade. Dans le reste du poumon, respiration normale.

Foie. — Paraît normal.

Cœur. — Tachycardie : Pouls : 105°. Température : 38°5.

Appareil digestif. — Appétit assez bon ; digestions lentes ; constipation habituelle.

Système nerveux : Sensibilité superficielle : Il y a hyperesthésie *droite* à tous les modes, tact, piquûre, chaud et froid.

Sensibilité profonde : Hyperesthésie droite. Le muscle trapèze est très douloureux à *droite*, de même le sterno-cléido-mastoïdien, à *droite* mais douleur plus supportable :

Les muscles peaucier, biceps, grand pectoral, triceps, premier interosseux, muscles latéraux de l'abdomen, adducteurs, grand droit, antérieur, muscles du mollet, tous plus douloureux à *droite*.

C'est dans la moitié supérieure que ces muscles sont plus douloureux à *droite*.

Nerveuse. — La pression au niveau de l'émergence des nerfs, sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier, auriculo-temporal, grand nerf occipital est plus douloureuse à *droite*.

Le phrénique en haut, en bas, le cubital, crural, sciatique, sciatique poplitée externe, sont plus douloureux à *droite*.

Pression globe oculaire *droit* pénible ; pupilles inégales, la

droite plus dilatée que la gauche. Pas de différence de température appréciable, réflexe pileaire égal des deux côtés. Pression du testicule plus ressentie à *droite*. Réflexe rotulien égal des deux côtés, les réflexes plantaire et crémastérien paraissent plus vifs à *droite*.

OBSERVATION 50

Tuberculose pulmonaire chronique à évolution très lente.

28 ans. Lésions bilatérales plus marquées à *droite*.

Grand alcoolique. Hémi-hyperesthésie névro-musculaire *droite* ; inégalité pupillaire, pupille *droite* très dilatée par rapport à gauche. Pouls lent permanent :

46. Hypertrophie hépatique.

X..., 51 ans. Couleur. Entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Jacquet, salle Broussais.

Antécédents héréditaires. — Père mort fou, à 46 ans, n'avait jamais été malade. Très grand, très fort, très nerveux ; à la moindre contrariété, violente colère ; six hommes pour le tenir, dit-il. Buvaît modérément.

Mère morte de la poitrine à 62 ans.

Antécédents personnels. — A cinq ans, une fluxion de poitrine. Depuis n'a jamais été malade. En 1875, a attrapé froid. C'est depuis ce temps qu'il tousse ; a continué son travail sans jamais s'aliter. Aux hivers, recrudescence de toux, puis les choses vont ainsi. Alternatives de bien et de mal jusqu'à l'an dernier. L'an dernier, au mois de février, pendant son travail, hémoptysie très abondante. Durée deux jours. S'est alité.

Fièvre, frissons, reste six semaines à l'hôpital. Sort amélioré. Depuis n'a jamais pu reprendre son travail habituel. Tousse, maigrit, peu d'appétit, jusqu'au 4 novembre où il rentre à l'hôpital Saint-Antoine.

Homme assez amaigri. Lésions de grattage, phtiriase. Grand buveur, 4 à 5 litres de vin par jour, a bu jusqu'à 10 litres. 4 à 5 amer-picon, quelques absinthes rares.

Examen. — Appareil respiratoire. Amaigrissement des muscles du thorax.

A droite. — Râles cavernuleux au sommet, râles sous-crépittants jusqu'à la base en avant et en arrière.

Latéralement le long de la ligne axillaire, frottement, sensation subjective de picotements, piqûre d'aiguilles.

A gauche. — Quelques râles secs au sommet, souffle partout ailleurs.

Toux. — Assez légère, surtout le matin, expectoration modérée, muco-purulente.

Foie. — Gros, sensible dépasse trois travers de doigt les fausses côtes.

Pas de teinte subictérique des conjonctives.

Cœur. — Ralentissement notable des bruits. Pas de bruits orificiels.

Deuxième bruit aortiqué, claqué.

Pouls à 46, régulier.

Pas de faux pas, pas d'intermittences, pas de palpitation.

Vertiges, étourdissements fréquents sans chute ni perte de connaissance.

C'est en 1890, lors d'un séjour à l'hôpital Tenon, qu'on s'est aperçu du ralentissement du pouls. A ce moment, le pouls battait entre 40 et 44.

Urines. — Quantité normale. Se lève deux fois la nuit. N'a pas les jambes enflées. Urines claires, pas d'albumine.

Appareil digestif. — Appétit très modéré, pas de troubles gastriques, pas de diarrhée.

SYSTÈME NERVEUX. Sensibilité superficielle. — Sent mieux à droite, en particulier sur la partie latérale du thorax où un frôlement provoque sensation de picotements.

Profonde musculaire. — Hyperesthésie de tout le côté droit,

trapèze, sterno-cléido mastoïdien, biceps, triceps, long supinateur, muscles latéraux de l'abdomen, cuisse, mollet. Le *courant faradique* détermine une réaction très douloureuse de ce côté.

Nerveuse. — Entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien phrénique, plexus brachial à l'aisselle, le médian au bras, au coude, crural, sciatique : la pression de ces nerfs est bien plus douloureuse à *droite*.

Réflexes rotuliens pas exagérés.

Chatouillement plantaire est plus senti à *droite*.

Sensibilité testiculaire plus vive à *droite*.

OEil. — Acuité visuelle très diminuée. En 1897 a eu une amaurose alcoolique. A guéri. Depuis, boit moins.

La pupille *droite* est plus dilatée que la gauche, elle réagit bien à la lumière et à l'accommodation.

Douleurs musculaires dans les deux bras plus accentuées à *droite*.

OBSERVATION 51

Tuberculose pulmonaire chronique. Caverne à droite sommet et partie moyenne. Hyperesthésie musculaire et nerveuse à droite. Tachycardie.

M^{me} X..., âgée de 28 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Jacquet le 12 novembre 1903 ; se plaignant de toux, d'amaigrissement.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, bien portants, n'ont jamais été malades. Le père n'est pas nerveux, pas buveur.

Mère également pas nerveuse.

Frère et sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladie sérieuse pendant son enfance. Réglée à l'âge de 16 ans, bien réglée depuis.

Une grossesse il y a un an. Accouchement à terme; l'enfant se porte très bien.

Au mois de mars dernier début de la maladie.

La malade commence à tousser, se sent fatiguée, souffre de l'estomac, commence à maigrir.

Hémoptysies à plusieurs reprises, assez abondantes.

Actuellement. — Femme très amaigrie; la toux est fréquente, pénible, surtout la nuit.

Expectoration purulente, verdâtre. Pas de point de côté.

Dyspnée très modérée.

Appareil respiratoire. — *Poumon droit.* — Signes cavitaires, souffle amphorique, gargouillement au sommet, aussi prononcé en avant qu'en arrière, puis zone de râles sous-crépitants plus bas. Signes cavitaires, souffle à la partie inférieure.

Poumon gauche. — Souffle, quelques râles secs, sibilances, souffle dans le reste du poumon.

Percussion. — Matité au *sommet droit.*

Cœur. — Frottement pleural à la région précordiale. Bruits un peu secs, très rapides. Pouls à 150.

Foie. — Non hypertrophié; pas sensible à la pression.

Urines. — Ni sucre, ni albumine.

Appétit assez bon, ne souffre pas de l'estomac; digestions bonnes; pas de diarrhée.

Amaigrissement considérable. Atrophie musculaire marquée aux membres supérieurs, moignon de l'épaule, membres inférieurs.

Système nerveux. — Pas d'inégalité pupillaire, *joue droite et oreille* plus chaudes qu'à gauche.

Sensibilité superficielle. — Paraît égale des deux côtés.

Tissu cellulaire sous-cutané est douloureux à *droite.*

Musculaire. — Tous les muscles du *côté droit* sont très douloureux. Réaction défensive très intense de tout le corps; aspect angoissé au visage, à la pression des muscles; pas d'hyperesthésie du cuir chevelu.

Nerveuse. — Trijumeau, pression sur les points d'émergence de sus, sous orbitaire, et mentonnier, très douloureuse à *droite*. Dentition en très bon état. Plexus brachial, phénique, médian, cubital, crural, sciatique, sciatique poplitée externe, tous ces nerfs sont plus douloureux à *droite* qu'à gauche.

Réflexes rotuliens, normaux des deux côtés; réflexe plantaire égal des deux côtés; percussion sur tibia un peu plus sensible à *droite*.

OBSERVATION 52

Tuberculose légère du sommet *gauche*, adénopathie trachéo-bronchique du côté *gauche*. Laryngite tuberculeuse. Névralgie brachiale totale du membre supérieur *gauche*. Hyperesthésie profonde et hyperesthésie superficielle du membre supérieur *gauche*.

M. X..., 37 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Jacquet, le 20 janvier 1904, se plaignant de tousser; mal à la gorge en avalant, voix enrouée.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la poitrine; mère vivante; un frère, une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, a fait autrefois des excès d'alcool. Il y a trois mois après un chaud et froid, toussé: depuis, la toux a persisté, amaigrissement, pas de crachement de sang, appétit diminué.

Il y a un mois la voix commence à se voiler, un peu de douleur à la déglutition.

Pas de fièvre; se plaint aussi d'une névralgie brachiale *gauche* depuis cinq jours.

Douleur subjective en arrière face postérieure de l'épaule. Douleur lancinante, irradie le long de la face externe du bras.

Avant-bras ; Rémissions pendant lesquelles le bras est pesant, lourd, moins fort que celui du côté opposé.

Examen. — Poumon : percussion, rien.

Auscultation. — Sommet *gauche*, respiration soufflante. Quelques craquements secs limités au sommet en faisant tousser le malade, le reste du poumon est normal.

A *gauche*, la respiration est légèrement soufflante ; pas de craquements.

Cœur. — Normal.

Foie. — Normal.

Examen du membre supérieur *gauche*. Pas de douleur provoquée à la pression de l'articulation de l'épaule, et du coude pas de douleurs aux mouvements. A la vue rien de particulier.

Sensibilité superficielle. — *Hyperesthésie superficielle* au tact ; piquûre, chaud, froid.

Sensibilité profonde. — *Hyperesthésie des muscles et des nerfs du côté gauche*. Aux membres inférieurs, sensibilité superficielle et profonde égale des deux côtés. Motricité affaiblie à *gauche* pour le membre supérieur *gauche*. Pression de la main bien moins forte de ce côté ; dynamomètre à *droite* : 28 ; à *gauche* : 22. Conjonctive bulbaire rouge, congestionnée à *gauche*.

Auscultation du poumon. — A la région hilare à *gauche*, on constate un souffle bronchique un peu rude ; peut-être adénopathie de ce côté ?

27 janvier. — Examen radioscopique (M. Bécclère). Sommet *gauche* moins clair que le *droit*.

Un peu d'adénopathie. Les constatations radioscopiques sont peu concluantes à ce sujet. Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle *gauche*.

30 janvier. — Les douleurs brachiales existent toujours, élancements. Mais surtout sensation de gêne et de lourdeur du membre supérieur *gauche*.

On ne constate pas d'atrophie musculaire.

La conjonctive bulbaire est un peu rouge encore. Hyperesthésie *profonde* de tout le côté *gauche*. Hyperesthésie superficielle, *idem*.

5 février. — Les signes pulmonaires sont toujours les mêmes. Un peu de fièvre hier soir 38°1. Les douleurs du membre supérieur *gauche* persistent sans modification.

En comparant, on remarque que la température du membre supérieur à *gauche* est plus élevée sensiblement que celle du côté correspondant droit.

L'hyperesthésie profonde des muscles et des nerfs du membre supérieur *gauche* est toujours très vive.

La conjonctive oculaire *gauche* n'est plus rouge.

Le malade sort.

OBSERVATION 53

Tuberculose pulmonaire chronique. Troisième degré à *gauche*, premier degré à droite. Hémi-atrophie faciale légère à *gauche*. Hémi-hyperesthésie profonde *gauche*. Hypoesthésie superficielle *gauche*.

X..., 37 ans, ébéniste, entre le 25 février 1904, salle Aran, lit 43, pour tuberculose pulmonaire chronique.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a vingt-cinq ans de tuberculose pulmonaire, à 49 ans.

Mère morte, monomane, à 68 ans. Après un internement d'une durée de quinze ans. Deux frères, une sœur, vivants et bien portants, tous plus âgés que le malade.

Antécédents personnels. — Nourri au sein, scarlatine à 9 ans, bonne santé jusqu'à il y a quatorze mois. Grand buveur de vin 2 litres de vin par jour et quatre ou cinq absinthes. Pleurésie *gauche* il y a quatorze mois.

Reste quinze jours à l'hôpital. Depuis lors, se plaint fréquemment d'un point de côté, tousses. Crachats parfois sanglants ; il a maigri et se sent affaibli. Est rentré il y a six mois à l'hôpital se sentant faible et dyspnéique. Rentre le 25 février pour la même cause.

Examen de l'appareil respiratoire.

En arrière : dépression sous-claviculaire *gauche* plus accentuée ; légère atrophie du trapèze *gauche*, submatité et élasticité moindres à *gauche*.

Aux deux tiers internes du *sommet gauche*, souffle caverneux.

Gargouillement à la partie moyenne, râles humides.

En avant, submatité et craquements humides à *gauche*.

A droite, les lésions sont bien moins avancées ; respiration soufflante avec craquements secs légers.

Le visage du malade frappe par certaines particularités qui dénotent un certain degré d'atrophie faciale *gauche*.

Musculature du cou moindre à *gauche* qu'à droite ; trapèze *gauche* moins épais, moins saillant, de même pour le deltoïde.

Omostrate *gauche* en aile, atrophie du grand dentelé ; ouverture palpébrale *gauche* moins grande, œil plus enfoncé à *gauche*.

Petite plaque de pelade au trou mentonnier *gauche*.

Arcade sourcilière *gauche* plus tombante, joue *gauche* aplatie.

Pointe du nez légèrement déviée à droite.

La peau du nez est plus épaisse sur le versant droit que *gauche*.

Commissure *gauche* plus élevée que la droite.

La température droite est moins élevée que la *gauche*.

Main *gauche* plus chaude que la droite de deux degrés.

Quand le thorax a été découvert un instant la température à droite est moindre qu'à *gauche*.

SENSIBILITÉ : *Hypéresthésie superficielle gauche*.

Hyperesthésie profonde neuro-musculaire gauche.

Névralgies dentaires *gauche* fréquents depuis plusieurs mois.

Yeux. — Pupilles non déformées égales réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Réflexe rotulien nettement exagéré à *gauche*, réflexe pileaire plus vif à *gauche*. *Idem* pour le réflexe crémastérien *gauche*.

Cœur. — Rien d'anormal

Appareil digestif. — Appétit laisse à désirer, alternatives de diarrhée et de constipation.

Reste à l'hôpital trois semaines : on ne constate guère de modification dans son état sensitif.

OBSERVATION 54

Tuberculose pulmonaire chronique, deuxième degré à évolution lente. Ancienne pleurésie séro-fibrineuse droite. Tuberculose du sommet droit. Hyperesthésie névro-musculaire droite. Hypoesthésie superficielle droite.

Le nommé X..., entre à l'hôpital Lariboisière, service du Dr Galliard, le 10 juin 1904. Bijoutier, 54 ans. Se plaint de tousser et a maigri.

Antécédents héréditaires. Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Bonne santé pendant son jeune âge ; a eu quelques glandes dont l'une a suppuré à l'âge de sept ans. Il persiste une cicatrice.

A partir de l'âge de 22 ans, est sujet à tousser. Tous les hivers s'enrhume facilement, a des bronchites. A l'âge de 30 ans, a eu une hémoptysie d'abondance moyenne, qui ne s'est plus répétée.

La santé s'est maintenue relativement bonne jusqu'à il y a 5 ans, où la toux est devenue plus fréquente et s'est installée

définitivement. Le malade est franchement alcoolique. Deux litres de vin par jour, plus un certain nombre de petits verres.

Stigmates d'alcoolisme. Rêves et cauchemars ; pituites, cram-pes, tremblement des mains.

L'an dernier a eu une pleurésie *droite* avec épanchement, a été soigné à Lariboisière. Ponction de 1 l. 1/2. Le liquide s'est reproduit et on a dû lui faire 4 ponction. Sorti guéri, mais tous-sant. Il y a quelques mois perd l'appétit, maigrit, a des sueurs nocturnes.

Entre parce qu'il n'a plus de force pour travailler.

Examen. — Poumons :

A droite. — Matité en arrière et en bas. Abolition de vibra-tions.

Pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Dans l'aisselle et à la base, on entend des frottements pleu-raux.

En avant et au sommet *droit*, on entend des râles sous-cré-pitants secs et du souffle.

A gauche. — La respiration au sommet est soufflante, le reste du poumon respire bien.

Le cœur paraît normal.

Le foie est volumineux, un peu sensible à la pression, déborde les fausses côtes.

L'appétit est mauvais. Quelquefois de la diarrhée.

Sensibilité superficielle. — Il y a *hyperesthésie* superficielle à tous les modes *du côté droit*.

Profonde. — La sensibilité profonde est exaltée, il y a *hyperesthésie* névro-musculaire à *droite*. Réflexe rotulien *droit* est plus marqué qu'à gauche.

Réflexe pileaire est plus marqué du côté *droit*.

La joue *droite* paraît plus chaude que la gauche.

Testicule, globe oculaire *droits* sont nettement plus sensibles qu'à gauche.

15 juin. — L'*hyperesthésie* est la même à *droite*, de même

l'hypoesthésie. La rougeur et l'hyperthermie de la *joue droite* sont intermittentes, nous le constatons surtout le soir à l'heure du maximum fébrile qui oscille entre 38°2 et 38°6.

20 juin. — Les mêmes signes persistent. Quelques douleurs vagues à *droite*, le long des nerfs intercostaux et à la cuisse *droite*, élancements, surtout quand il tousse.

27 juin. — Le malade se plaint ce matin d'un point de côté thoracique à *droite*, coïncide avec un foyer de congestion pleuro-pulmonaire. L'hyperesthésie névro-musculaire *droite* est plus vive que les jours précédents. Il y a de même *hyperesthésie superficielle*.

30 juin. — Le malade sort de l'hôpital. L'hyperesthésie est la même que lors de son entrée. Il y a de nouveau hypoesthésie superficielle.

OBSERVATION 55

Hyperesthésie croisée. — Tuberculose pulmonaire chronique à forme lente, prédominante à droite. — Arthrite tuberculeuse de la hanche gauche, névrite. — Hypertrichose du membre inférieur gauche.

Le nommé R..., âgé de 36 ans. Marchand ambulant, entré le 8 juillet 1903 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, lit 9, service du Dr Jacquet.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique, mort de bacillose pulmonaire à 59 ans.

Mère rhumatisante et variqueuse, va pas mal. 71 ans.

10 enfants	7 morts	1 fille morte quatre jours après son mariage?
		1 fille morte de la poitrine à 15 ans.
		1 fille morte à 32 ans de la poitrine.
		1 fille morte à 22 ans de la poitrine.
		2 garçons jumeaux morts en bas âge?
		1 garçon mort à 3 semaines.
	3 vivants	1 garçon, 27 ans, va bien.
		1 fille, 34 ans, va bien.
		1 garçon, le malade, 36 ans.

Antécédents personnels. — De 7 à 10 ans. Gourme.

A 16 ans. — Bronchite et laryngite à la suite de chaud et froid.

A 30 ans. — Durant trois mois, le malade s'est senti très affaibli; il ne mangeait presque plus, n'avait pas d'appétit. Malgré tout, il a continué à travailler. Son appétit est revenu progressivement et son amaigrissement qui avait été peu sensible, a disparu bientôt.

A 33 ans. — En se levant un matin, il est pris d'un étourdissement subit. Il tombe par terre et perd connaissance durant une heure. Dans sa chute, il se blesse au nez et saigne beaucoup de sa blessure. Il s'alite huit jours à la suite de cet accident.

A 34 ans. — Six mois après sa chute, il commence à cracher du sang. Six ans environ auparavant, il toussait beaucoup chaque hiver mais ne prenait aucun soin. C'est un malade qui outre une tare bacillaire héréditaire considérable, a beaucoup bu. Depuis l'âge de 16 à 17 ans, il avoue boire d'ordinaire par jour :

2 ou 3 petits verres d'eau-de-vie chaque matin.

2-3-4 ou 5 apéritifs.

Café avec 2 ou 3 pousse-café (alcool).

2 litres de vin.

A 35 ans. — Il entre pour la première fois à l'hôpital l'an dernier (27 décembre), salle Louis, à Saint-Antoine, dans le service de M. Mosny pour bronchite chronique et coxalgie gauche.

Cette coxalgie débuta au mois de juin 1902 par de la gêne dans la marche et de la douleur au niveau de l'articulation (dans l'aîne et dans la fesse).

A partir du mois d'octobre 1902, le malade commence à boiter. Cette boiterie s'accroît petit à petit surtout lorsque le malade se fatigue à marcher. Lorsqu'il entre à l'hôpital, le 27 décembre 1902, il boite pas mal, mais peut encore bien marcher sans soutien. On le traite donc à ce moment pour sa bronchite et on essaie de calmer les souffrances que lui

donne sa coxalgie par des injections de cocaïne dans le canal rachidien. — Il eut à ce moment trois injections qui le soulagèrent deux heures chacune. Le siphonnage que l'on essaya ensuite donna de meilleurs résultats. Au bout de quatre ou cinq mois, le malade se sent beaucoup mieux et peut reprendre son travail.

A sa sortie de l'hôpital, le malade est amélioré : il boite très peu et ne souffre pour ainsi dire plus de son articulation.

Depuis octobre 1902, il présente aussi un certain degré de laryngite, mais il ne s'en préoccupe pas. Il reprend alors son travail qu'il peut remplir mais de plus en plus péniblement jusqu'au 17 avril, époque à laquelle il rentre à l'hôpital, salle Louis.

Depuis le 1^{er} avril 1903, il ne peut marcher sans canne.

Du 17 avril au 20 mai, il est donc de nouveau hospitalisé où on le traite toujours pour sa bronchite chronique et sa coxalgie (même traitement que précédemment).

La laryngite existe toujours.

A sa sortie de l'hôpital, il ne boite presque plus et souffre à peine après une certaine fatigue.

Du 20 mai au 25 juin, il reprend son travail. Il rentre de nouveau à l'hôpital le 25 juin, salle Aran.

A ce moment, il a quelques hémoptysies très légères durant un jour et demi qui s'arrêtent rapidement par l'absorption de petits morceaux de glace.

A cette époque, il souffre beaucoup de sa coxalgie et boite davantage.

Le siphonnage et le repos au lit calment beaucoup sa douleur.

Sa laryngite subsiste toujours et est plus prononcée.

Le malade quitte le service à la fin de juillet. Il peut alors reprendre son travail un mois, mais les souffrances dans sa hanche gauche, qui, bientôt vers la fin d'août, gagnent le genou, l'obligent à s'aliter chez lui.

Il rentre de nouveau à l'hôpital le 17 octobre 1903. A ce moment, il tousse beaucoup. Il n'a jamais beaucoup craché à part l'année qui a précédé son entrée pour la première fois à l'hôpital.

Il souffre beaucoup de sa hanche et de son genou, sa boiterie est augmentée.

Il présente un enrouement considérable.

Il est mis au repos au lit.

Examen du 25 novembre 1903. — Poumon.

En avant. — Submatité au niveau du 1/3 supérieur du poumon droit. A ce niveau : respiration soufflante et rude due à une compression bronchique avec induration du parenchyme et très peu de signes de bacillose. Un peu plus bas, on perçoit quelques râles humides rares.

A gauche. — Quelques râles humides rares au sommet.

En arrière. — *A droite* : Matité au sommet et submatité plus bas. Respiration soufflante et rude du haut en bas avec quelques râles humides rares et disséminés.

A gauche : Respiration affaiblie au sommet. Plus bas : respiration rude avec quelques râles sous-crépitaux disséminés.

D'où *bacillose ancienne subissant l'évolution fibreuse.*

Expectoration. — Muqueuse peu abondante.

Cœur, poulx, foie. — Normaux.

Urines. — Ni albumine, ni sucre.

Adénopathie : Une grosse glande (forte noisette) au sommet de l'aisselle droite ; quelques petits ganglions au cou.

Tubedigestif. — Fonctionne bien ; le malade a très bon appétit.

Membre inférieur gauche. — Ce qui frappe avant tout à l'inspection, c'est une atrophie musculaire de tout le membre inférieur gauche avec *hyperthricose* très marquée surtout à la cuisse avec prédominance à la face interne, ainsi qu'à la jambe peut-être aussi avec la même prédominance à la face interne. On constate que les poils sont un peu plus nombreux et surtout plus longs dans cette région.

On note aussi un épaississement du derme du membre inférieur gauche, surtout marqué au niveau de la cuisse, et d'autant plus notable qu'on se rapproche de l'articulation malade.

Cet épaississement est peu marqué à la jambe et n'existe pas au pied.

Hyperesthésie croisée :

Hyperesthésie profonde de tout le membre inférieur gauche remontant jusqu'à la ceinture : *hyperesthésie musculaire et osseuse.*

Hyperesthésie superficielle du même côté.

Hyperesthésie profonde de l'épaule droite et de toute la partie droite du thorax.

Impotence fonctionnelle de l'articulation coxo-fémorale gauche : Mouvements passifs très douloureux ; mouvements actifs impossibles.

Douleur provoquée en frappant sur le talon.

Douleur à la pression du fémur, du genou, du tibia, de l'os iliaque.

Douleur spontanée s'irradiant du pli de l'aîne vers la cuisse et le genou arrivant surtout la nuit et supprimant tout sommeil au malade.

Douleur à la pression à la fesse en arrière, à la partie postérieure de la cuisse et du genou sur tout le trajet du sciatique. Le malade se serait aperçu de cette névralgie sciatique au mois de mars dernier.

Siège de la douleur la plus intense, au niveau de l'union du 1/3 interne et des 2/3 externes de l'arcade de Fallope (N. crural).

Déviation du genou et du pied en dedans.

Axe de la cuisse obliquement dirigé en dedans.

Il y a de la rotation interne, la pointe étant plus en dedans que le talon.

Le pli fessier est abaissé à gauche, ainsi que l'épine iliaque antérieure de ce côté.

Ensellure lombaire très marquée.

La mensuration donne un raccourcissement de 1 centimètre sur la longueur du membre inférieur gauche.

La mensuration de la circonférence de la cuisse à la partie moyenne donne :

Cuisse gauche : 42 }
Cuisse droite : 47 } 5 cm. de différence.

Celle de la partie moyenne de la jambe donne :

1 cm. de différence en faveur de la jambe droite.

Les siphonnages n'apportant plus de soulagement au malade, on essaye les injections de salicylate de soude.

Une première injection de 60 centigrammes semble réussir et donner une diminution de la douleur.

Trois jours après, on en fait une seconde de 60 centigrammes. Mais cette fois, la douleur paraît s'être exagérée encore à la suite de l'injection. On y renonce et le malade est alors transporté en chirurgie (service de M. Monod), pour être mis dans un appareil le 14 décembre 1903.

OBSERVATION 56

Zona thoraco-brachial *droit*. Hypoesthésie superficielle au niveau de l'éruption. Hyperesthésie nerveuse et musculaire partielle ; moitié supérieure *droite* du thorax et membre supérieur. Hémi-réaction pilaire *droite*.

M. X..., entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 mars 1904, service du Dr Jacquet.

Agé de 44 ans, mécanicien de son état. Il entre parce qu'il est porteur d'une éruption sur le *côté droit* du corps, région thoracique moyenne.

Antécédents héréditaires. — Père encore vivant, 85 ans, bien portant, valide. Ne travaille plus, mais est très bien conservé.

Mère, âgée de 77 ans, n'aurait jamais été malade. Frères et une sœur en bonne santé. Lui-même a toujours joui d'une excellente santé. Il y a 15 ans, accident au cours duquel il a eu la tête démise, dit-il; peut-être une subluxation de la colonne cervicale? Il n'en reste pas de traces aujourd'hui. Il y a 8 ans, rage de dents à *droite*, due à une carie d'une grosse molaire inférieure. Après extraction, plus de maux de dents; celles-ci sont d'ailleurs en excellent état.

Le malade est mécanicien de son état; son travail n'est pas très pénible. Il est sobre, ne boit jamais d'alcool; boit du vin d'une manière très modérée. Pas nerveux, caractère calme et placide.

État actuel. — L'affection pour laquelle il entre à l'hôpital date de douze jours environ.

A ce moment, le soir en rentrant chez lui et en se couchant, il s'aperçoit de la présence d'un petit bouton sur la face antérieure du thorax *droit*. Il n'y prête pas attention. Le lendemain matin, il ressent des picotements en piqûres d'épingle sur le thorax, à *droite*, en avant et en arrière. En s'examinant, il voit une éruption qui fait tout le tour de sa poitrine, à *droite*. Le soir, l'éruption est plus rouge, il se gratte un peu. Les boutons grattés laissent suinter un peu de liquide. Quelques douleurs spontanées au niveau de l'éruption. Sur la face interne du bras *droit* et à l'aisselle, il ressent une douleur assez vive, et une cuisson telle qu'il manie difficilement son membre supérieur. Va voir un médecin qui prescrit une poudre.

Actuellement éruption en forme de bande horizontale qui fait le tour complet de la demi-ceinture thoracique *droite*.

Commence en avant exactement à *droite* de la ligne médiane, se termine en arrière exactement sur la colonne vertébrale, siège sur les troisième et quatrième espaces intercostaux, empiète un

peu en haut sur le deuxième espace. Trajet bien horizontal, croise la direction normale des espaces.

En arrière, la hauteur de l'éruption est plus grande qu'en avant où elle a environ trois travers de doigt.

L'éruption passe à la naissance de l'aisselle, bord inférieur du grand pectoral.

De l'aisselle, une bande éruptive se détache pour parcourir la face interne du bras droit sur un trajet de 15 centimètres environ. En arrière, au bord postérieur de l'aisselle, l'éruption de même laisse partir une petite languette éruptive sur la face postéro-externe du bras de 10 centimètres environ.

Éruption, fond rouge sur lequel se détache une éruption actuellement croûteuse.

Caractères classiques du zona à cette période de son évolution.

Signes fonctionnels. — A peu près nuls.

Quelques picotements, piqûres d'épingles, une sensation de tension légère en avant de la région du grand pectoral.

Sensibilité. — Au niveau de l'éruption. *Hypoesthésie superficielle*, en certains points il y a même anesthésie complète.

Sensibilité profonde. — A la face rien à noter, égale des deux côtés.

Muscles trapèze, sterno-cléido-mastoïdien plus sensibles à droite qu'à gauche.

Les muscles grand pectoral, trapèze, biceps sont *très douloureux du côté droit*.

Le malade dit que la douleur ressentie au pincement de ces muscles est beaucoup plus vive à droite qu'à gauche ; de même pour le grand dorsal. Les autres muscles du membre supérieur, de l'abdomen, du membre inférieur sont aussi sensibles à droite qu'à gauche. La sensibilité superficielle en dehors de l'éruption est égale des deux côtés. Au-dessus de l'éruption, en avant sur le grand pectoral, la peau, sur une largeur du paume de main est un peu hyperesthésiée.

Nerfs. — A la face, les troncs nerveux superficiels sus-orbi-

taire, sous-mentonnier, etc., sont également sensibles des deux côtés.

Pression dans le creux sus-claviculaire, sous-claviculaire (plexus brachial et cervical) au creux de l'aisselle, à la face interne du bras, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, provoque réaction douloureuse très *vive à droite*, rien à gauche.

Les autres troncs nerveux du corps sont également sensibles des deux côtés.

Parésie très marquée du membre supérieur *droit*.

Reflexe pilaire. — En découvrant le malade, on voit très nettement toute la moitié *supérieure droite* du thorax et le membre supérieur *droit* se couvrir d'un granité très apparent ; rien ou presque rien à gauche.

En pinçant le trapèze, on met cette réaction pilaire tout à fait en évidence.

Cette réaction est très vive et plus durable à *droite* qu'à gauche.

La réaction vaso-motrice paraît égale des deux côtés.

Les autres organes, foie, poumons, reins paraissent en bon état.

Le malade revient consulter le 21 mars parcequ'il souffre au niveau de son éruption.

L'état général est bon, mange bien.

La nuit il est incommodé par des sensations pénibles au niveau de l'ancienne éruption. Élançements vifs surtout dans le trajet antérieur de l'éruption, sensation de prurit très vive ; par crises, « il s'arracherait ». L'éruption est éteinte ; il ne reste qu'une large bande érythémateuse.

Sensibilité. — Statu quo.

Hypéresthésie profonde, musculaire et nerveuse persiste avec les mêmes caractères dans la sphère supérieure.

Même réaction hémi-pilaire de la ceinture à *droite*.

Lotion phéniquée chaude.

2 avril. — Les démangeaisons ont disparu en grande partie, de même les élancements ne persistent que dans la petite zone en avant.

Lundi dernier, le malade a ressenti une douleur assez vive, au niveau de la première petite molaire supérieure *droite*. La gencive s'est gonflée et devenue très douloureuse. Deux jours après, un abcès s'est formé et s'est évacué. Autrefois n'a jamais souffert de cette dent.

Actuellement gonflement gingival, rougeur livide de la muqueuse. Il y a un petit abcès.

Hémi-hyperesthésie aux points de pression faciaux, à *droite*.
Auriculo-temporal, *idem*.

L'hémi-hyperesthésie musculaire et nerveuse du membre supérieur et de la partie supérieure du thorax a disparu.

Hémi-réaction pileaire *droite* encore très marquée.

OBSERVATION 57

Syphilis secondaire, plaques muqueuses de la grande lèvre gauche. Furoncle de la grande lèvre *gauche*. Salvingo-ovarite *gauche*. Carie de la deuxième grosse molaire inférieure *gauche*. Hémi-hyperesthésie profonde *gauche*. Hypoesthésie superficielle.

M^{lle} X... âgée de 16 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 16 avril 1903, salle Rostan, lit n° 21.

Elle se plaint d'avoir des boutons à la grande lèvre *gauche*.
Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à 8 ans, réglée à 13 ans, il y a un an a eu un chancre syphilitique soigné à l'hôpital Saint-Louis, suivi bientôt de divers accidents spécifiques cutanés et muqueux.

En même temps que sa syphilis, pertes jaunes abondantes, douleurs dans le bas-ventre.

Quelques semaines après a commencé à souffrir du côté *gauche* du ventre ; elle est allée consulter M. Siredey qui lui a trouvé une salpingite à *gauche*.

État actuel. — La grande lèvre *gauche* est fortement tuméfiée : rougeur et œdème très marqués.

Plaques muqueuses disséminées ; à droite à peine une ou deux plaques.

Gros furoncle prêt à percer très douloureux.

Au toucher utérus sensible ; masse douloureuse dans le cul-de-sac *gauche*.

Traitement. — Injections de benzoate de mercure, attouchements de nitrate d'argent.

Le 20 avril. — La malade a eu hier quelques troubles digestifs, diarrhée, douleurs à l'estomac et à l'hypochondre droit.

Ce matin la malade a la jaunisse.

Le furoncle est ouvert à l'aide d'un coup de bistouri.

La malade se plaint de douleurs le long de la cuisse *gauche*.

L'examen de sa sensibilité montre.

Sensibilité superficielle. — Il y a hypoesthésie superficielle du côté *gauche*, au chaud, au froid, au contact, à la piqûre.

Sensibilité profonde. Il y a hyperesthésie musculaire et nerveuse du côté *gauche*.

A la face il y a hyperesthésie des troncs nerveux à *gauche*.

A l'examen de la bouche on constate l'existence d'une dent cariée, deuxième grosse molaire inférieure *gauche* dont l'exploration est très fortement douloureuse. On voit la joue *gauche* un peu plus rouge et plus chaude que la droite. Elle est un peu boursouflée, en état de légère fluxion.

Les jours suivants la jaunisse s'accroît, la température s'élève aux environs de 38°7. Les matières sont décolorées pendant quatre jours. La guérison se fait au bout de huit jours.

Il ne reste pas trace de la jaunisse le quinzième jour.

5 juin. — Les accidents spécifiques ont retrocédé. La grande lèvre *gauche* encore un peu tuméfiée est moins douloureuse.

La salpingite *gauche* quoique moins douloureuse, occasionne encore quelques souffrances assez vives.

L'hyperesthésie profonde semble un peu moins marquée qu'au début.

Le 10 juin 1903. — Douleurs intermittentes dans tout le membre inférieur *gauche*, en particulier au voisinage des articulations, genou, tibio-tarsienne. Au membre supérieur, pas de douleurs subjectives.

11 juin. — La malade souffre spontanément de sa dent cariée, deuxième grosse molaire inférieure *gauche*. Céphalée diffuse, pression aux points d'émergence des nerfs de la face montre vive hyperesthésie ; au cuir chevelu pas d'hyperesthésie.

Fluxion de la joue *gauche* avec rougeur et chaleur.

Le 15 juin. — Douleurs dans le côté *gauche* du ventre, pertes blanches plus abondantes. Douleurs vives à l'aîne *gauche*, en rapport avec une adénite.

Éruption de trois points d'érythème nouveau à la jambe *gauche*, on n'en voit pas trace à la jambe droite.

Hier céphalée diffusé. Douleurs très vives à la région occipitale *gauche*, la malade nous montre les attaches supérieures des muscles de la nuque.

Hémi-hyperesthésie profonde *gauche* persiste avec mêmes caractères.

17 juin. — L'état local, grande lèvre et salpingite s'améliore, mais les douleurs dentaires reprennent le matin à *gauche*. Névralgie dans tout le côté *gauche* de la tête.

18 juin. — La malade est envoyée chez le dentiste.

Examen avant l'extraction. — Hyperesthésie profonde nette à *gauche*.

Hypoesthésie superficielle *gauche*.

Les points faciaux *gauches* sont plus vifs qu'à droite.

Après l'extraction, la malade souffre de toute la tête, les

douleurs de la région occipitale *gauche* qui s'étaient très atténuées hier ont reparu plus vives qu'avant.

L'hémi hyperesthésie profonde semble s'être exaltée.

19 juin. — Un peu de fluxion de la joue *gauche*, l'hémi-hyperesthésie profonde diminue. Occipitalgie moindre.

La malade a un peu de sensibilité de la mâchoire *gauche*.

20 juin. — La malade ne souffre plus de la mâchoire, un peu de céphalée.

Occipitalgie très atténuée.

Demande à s'en aller. La salpingite est moins douloureuse.

La grande lèvre est à peu près guérie.

L'hémi-hyperesthésie profonde persiste à *gauche*, mais elle est diminuée.

OBSERVATION 58

Hystérie. Syphilis. Plaques muqueuses des grandes lèvres. Salpingite droite. Hypoesthésie superficielle droite. Hyperesthésie profonde droite. Ancienne hémiplégie hystérique droite.

M^{lle} X... 20 ans 1/2, caissière, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 15 septembre 1903, salle Rostan, service du Dr Jacquet, pour des plaques muqueuses vulvaires.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, bien portant, n'a jamais été malade, pas buveur, caractère doux et paisible.

Grand-père mort il y a 7 ans d'une tuberculose pulmonaire à évolution lente, grand buveur, nerveux, de caractère violent, « mauvaises colères » nous dit la malade, a été interné une fois.

Mère vivante, 43 ans, mal dans le ventre, sujette dans sa jeunesse à des crises de nerfs, actuellement est nerveuse, irritable.

1 frère, 27 ans, tuberculeux.

2 sœurs bien portantes, sujettes à des crises de nerfs.

7 frères et sœurs morts en bas âge de convulsions.

Antécédents personnels. — A eu des convulsions dans son enfance au moment de l'éruption dentaire.

Rougeole à 4 ans.

A l'âge de 9 ans, commence à avoir des crises de nerfs. Ces crises survenaient subitement, sans prodromes. Chute, perte de connaissance, raideur générale à laquelle succédait de l'agitation.

Réglée à 14 ans, très irrégulièrement, crises de nerfs à chaque période menstruelle.

A 19 ans, un jour, en montant l'escalier de chez elle, crise de nerfs; au réveil se sent faible, et s'aperçoit qu'elle est paralysée du *côté droit*. Impotence absolue avec insensibilité.

Le membre supérieur *droit* est le siège d'un gonflement assez marqué, surtout au dos de la main.

Séjour d'un an et demi à la Salpêtrière, soignée à l'électricité, bains chauds.

Les mouvements et la sensibilité reviennent peu à peu. Au bout d'un an retour complet des fonctions, sensibilité et mouvement.

Depuis sa sortie de la Salpêtrière a eu fréquemment des crises de nerfs, malaises, étourdissements, sensation de boule épigastrique.

Premiers rapports il y a deux ans; depuis, souffre dans le bas-ventre, et surtout à *droite*, pertes blanches, douleurs à la miction.

Il y a un an chancre de la grande lèvre gauche, roséole, plaques muqueuses buccales.

Actuellement, plaques muqueuses de la vulve.

SENSIBILITÉ. — *Superficielle.* — Il y a hyperesthésie très nette de tout le *côté droit*. Quand on promène le pinceau sur la paroi abdominale à *droite* il y a production d'un reflexe abdominal peu marqué; à la piqûre, hypoesthésie encore plus nette qu'au contact.

La pression avec la tête d'une épingle, le pincement de la peau sont moins perçus à *droite* qu'à gauche.

Profonde. — Il y a *hyperesthésie* musculaire et nerveuse du côté *droit*. Tous les muscles, tous les nerfs accessibles à l'exploration sont plus douloureux à *droite*.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, mais avec une prédominance nette à *droite*.

Oeil. — Pupilles égales, réagissent bien à la lumière et l'accommodation, acuité normale. Le champ visuel est rétréci à *droite*.

Pas de réflexe cornéen, ni pharyngé.

Point sous-mammaire *droit*.

Point ovarien *droit*.

Pas de clou hystérique.

Toucher vaginal. — Col petit, nullipare, le cul-de-sac *droit* est très douloureux à la pression ; dans la profondeur on sent nettement une salpingite *droite*, très douloureuse.

Les autres viscères ne présentent rien à noter.

La malade reste dans le service un mois environ, repos, injections chaudes. Traitement spécifique.

Le 18 octobre 1903. — Elle est très améliorée en sortant, au cours de son séjour, a une crise de nerfs.

L'hémi-hyperesthésie profonde a diminué très notablement. Le pincement des muscles du côté *droit* ne détermine plus les douleurs du début. L'hypoesthésie cutanée a diminué, mais dans des proportions moindres. Elle a plus de force du côté *droit*.

OBSERVATION 59 (résumée).

Pelade de la nuque à droite. Dent de sagesse droite. Hyperesthésie superficielle et profonde droite. Salpingite gauche. TRANSFERT de l'hyperesthésie profonde à gauche. Oscillations sensibles nombreuses.

M^{me} X..., 29 ans, entre le 15 juin 1903 à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Jacquet.

Elle entre pour mal à la gorge, céphalée et pelade à *droite*.

Père alcoolique, tare bacillaire, elle est, elle-même, grande nerveuse, irritable, vertiges, asthénie.

Plaque de pelade à la nuque à *droite*.

Hyperesthésie superficielle et profonde *droite*.

Hyperesthésie du cuir chevelu en plaque à *droite*.

Motricité. — Paresse musculaire du côté *gauche*.

Reflexe rotulien exagéré à *droite*, joue *droite* plus rouge, plus chaude que la *gauche*.

Pupilles inégales, la *droite* est plus dilatée que la *gauche*.

Reflexe sensitif à la douleur, il semble que la pupille *gauche* se dilate moins.

Acuité visuelle plus grande à *droite*.

La dent de sagesse *droite* est en évolution.

A *gauche*, une dent cariée qui de temps à autre est le siège de poussées douloureuses.

Hyperesthésie de la face à *gauche*, céphalée.

Douleurs spontanées à *gauche* au membre inférieur, coliques, débâcles diarrhéiques.

Tous les jours, les troubles sensitifs varient, il n'y a aucune fixité. Un jour à *droite*, l'autre jour à *gauche* au gré de sollicitations diverses; à l'occasion des règles, réveil de douleurs à *gauche* au bas-ventre, (ancienne salpingite *gauche*).

Hyperesthésie superficielle et profonde gauche.

Après poussée douloureuse, et extraction de la dent de sagesse *droite*, fort ébranlement sensitif, céphalée, hyperesthésie du cuir chevelu, forte hyperesthésie faciale à *droite*, forte exaltation sensitive à *droite*.

OBSERVATION 60.

Salpingite *gauche*. Hyperesthésie profonde de la cuisse et de la paroi abdominale *gauche*, hypoesthésie superficielle. Vésication légère à la suite d'une pulvérisation au chlorure de méthyle. L'hyperesthésie profonde disparaît. Hyperesthésie cutanée de la surface irritée.

M^{me} X..., âgée de 33 ans entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Jacquet le 5 janvier 1903 se plaignant de douleur à l'estomac et dans le ventre.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père et mère sont bien portants, n'auraient jamais été malades.

Un frère, âgé 15 ans, un peu maigre, mais de bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — Enfance, angines répétées. Réglée à 15 ans d'une manière régulière, depuis, pas de grossesse.

Il y a deux ans pertes blanches, abondantes; quelques douleurs dans le bas-ventre; soignée à l'hôpital Saint-Antoine.

Ces douleurs sont revenues il y a deux mois environ; elles n'avaient plus le même siège médian.

Actuellement souffre sur le côté *gauche* du ventre. Douleurs lombaires du même côté.

Irradiation sur la face antérieure et interne de la cuisse.

Pression au-dessus de l'arcade de Fallope, très douloureuse; ventre non ballonné.

Toucher. — Col utérin, normal. Cul-de-sac postérieur et *gauche* rempli par une masse arrondie rénitente, très douloureuse

arrache des cris à la malade. Les autres culs-de-sac sont libres et non douloureux.

Peu de pertes blanches ; les règles sont régulières ; constipation habituelle.

Les autres viscères paraissent normaux.

L'estomac est sensible à la pression de l'épigastre. Douleurs après les repas ; durent peu et sont supportables.

Sensibilité. — Superficielle. Toucher au pinceau. *Hypoesthésie* nette du côté *gauche* dans la sphère inférieure.

À la piqûre ; au froid, au chaud, même *hypoesthésie* du côté *gauche*.

Profonde. — Les muscles du côté *gauche*, sont plus douloureux que ceux du côté droit, (sphère inférieure) sauf un faisceau du droit antérieur de la cuisse.

Dans la sphère supérieure seul le grand pectoral à *gauche* est plus douloureux ; les autres muscles sont normaux.

8 janvier. — Douleurs peu vives, intermittentes ; pas de fièvre. Pouls bon.

Hypoesthésie du côté *gauche*, au tact, piqûre, froid, chaud. Au bas-ventre, douleur à la pression à *gauche*.

Hypoesthésie profonde du *membre inférieur gauche*. Membre supérieur : normal.

9 janvier. — Les douleurs du côté *gauche* persistent mais, moins vives.

Sensibilité. — Hypoesthésie superficielle, tact, piqûre, chauds froids de la cuisse *gauche* tout entière jusqu'à la rotule environ. Hyperesthésie des nerfs et des muscles de la même cuisse à *gauche*. Sur la paroi abdominale à *gauche*, pression douloureuse, et pincement léger de la peau plus vif qu'à droite ; il y a hypoesthésie superficielle de cette région, jusqu'à l'ombilic. Inégalité pupillaire, la *gauche*, plus dilatée que la droite.

12 janvier. — Point douloureux à *gauche* région lombaire externe ; à partir de l'ombilic à peu près il n'y a plus de troubles de la sensibilité.

Repos. — Injections chaudes.

16 janvier. — Pulvérisation au chlorure de méthyle. La pulvérisation a été faite assez largement sur toute la paroi abdominale *gauche* et un peu sur la face externe de la fesse. La révulsion est allée jusqu'à la vésication, formation de cloques. A ce niveau, nous constatons le lendemain, une rougeur violacée, diffuse, avec cloques de sérosité en certains points. Hyperesthésie très vive sur toutes les parties qui ont été le siège de la révulsion.

Passage du pinceau.

Frôlement de la pulpe des doigts, très vivement douloureux, comme si on passait des milliers « d'épingles »

L'hyperesthésie profonde a complètement disparu. — La pression des masses musculaires est égale des deux côtés.

Les choses restent en l'état deux jours; le troisième, l'hyperesthésie *gauche* reparait moins marquée qu'avant.

OBSERVATION 61

Salpingo ovarite droite. Hyperesthésie superficielle et profonde droite.

M^{me} X..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 24 avril 1904, service du Dr Jacquet, se plaignant de douleurs vives dans le ventre à *droite* au-dessus de l'arcade crurale.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade a toujours joui d'une bonne santé.

Réglée à l'âge de 17 ans d'une manière très régulière jusqu'à 19 ans. A ce moment premiers rapports.

Quelques semaines après, douleurs dans le bas-ventre, dans les reins; irradiations dans les cuisses, face interne, pertes blanches, jaunes, purulentes, abondantes.

Les règles deviennent irrégulières, très douloureuses.

Se fait soigner à Saint-Antoine pour une métrite.

A 20 ans, souffre *du côté droit* du ventre, élancements continuels surtout dans la station debout. Poids pénible, oblige la malade à marcher courbée en deux. Se fait soigner à diverses reprises. Améliorations et rechutes jusqu'à l'époque actuelle.

Actuellement, douleur vive *à droite* au-dessus de la région crurale; dans la station debout souffre plus que couchée; élancements.

Pertes blanches, constipation opiniâtre.

Examen. — Col douloureux au toucher. Le cul-de-sac *droit* est rempli par tumeur grosse comme un petit œuf, très douloureuse; semble fluctuante. Au spéculum, le col est rouge, exulcéré sur tout son pourtour. Pertes jaunes.

Examen des autres organes. — Il n'y a rien d'anormal.

Sensibilité. — Superficielle, *hypoesthésie droite* à tous les modes.

Chaud, froid, piquûre, pression. Sur la face antérieure de la cuisse, foyer douloureux, dermalgie avec *hyperesthésie cutanée* très vive.

Sensibilité profonde. — *Hyperesthésie profonde* totale à *droite*.

La malade a des crises douloureuses très vives *à droite* au bas-ventre. Irradiation à l'estomac au thorax sous forme de points névralgiques.

Quoique les phénomènes douloureux locaux s'atténuent, l'*hyperesthésie* profonde persiste, même à la sortie, mais très atténuée alors que la malade ne souffre presque plus.

OBSERVATION 62

Périmétrite et salpingo-ovarite droite. Névralgie intercostale droite ; rein droit abaissé. Hémi-hyperesthésie droite superficielle et profonde. TRANSFERT hypéresthésie profonde gauche à la suite de lésions dentaires gauches.

M^{me} X..., âgée de 37 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 17 janvier 1904 se plaignant de point de côté sous l'aisselle droite.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts d'affection cardiaque. Ni frères, ni sœurs.

Antécédent personnels. — N'a jamais été malade dans l'enfance. Réglée à 16 ans, bien réglée. Un enfant à terme il y a huit ans ; caractère calme, placide, jamais d'attaques de nerfs.

Après son accouchement ; douleurs au bas-ventre à droite. Soignée à Saint-Louis pour *salpingite droite* pendant trois mois. Sort guérie. Sa salpingite sommeille pendant plusieurs mois. Puis retour des douleurs à droite qui durent peu. Ne s'est jamais alitée depuis. Au moment de ses règles douleurs à droite au bas-ventre, et région lombaire droite.

Il y a deux mois a pris un rhume ; depuis tousse assez souvent ; n'a pas maigri. Pas de crachement de sang, a perdu l'appétit.

Il y a quatre jours, petite douleur, région axillaire droite ; devient plus vive les jours suivants, entre à l'hôpital.

Actuellement. — Pas de fièvre, 37°1.

Pouls : calme, régulier.

Douleurs spontanées, région axillaire droite au niveau de la cinquième côte ; exaspérée par toux, mouvement.

Douleur provoquée à la pression.

Pas de douleur subjective en avant et en arrière.

Par la pression en dehors de la colonne vertébrale et en avant au-dessous de la région sternale, douleur vive à l'émergence des branches du nerf intercostal: *Névralgie intercostale*.

Auscultation et percussion du poumon *droit*; ni matité, ni signes de pleurésie.

A gauche. — Peut-être tuberculose limitée du sommet ?

Quelques ronchus.

Cœur. — Normal.

Foie. — Normal.

Le *rein droit* est très abaissé; nettement perceptible à la palpation.

Dents. — Ne souffre pas actuellement des dents. Première grosse molaire inférieure *droite* extraite à 16 ans. Deuxième grosse molaire supérieure *droite* très cariée.

A gauche. — Carie de la première grosse molaire inférieure *droite*. En haut première grosse molaire infectée

SENSIBILITÉ. — *Superficielle*. *Hyperesthésie superficielle droite cutanée* à tous les modes : Piqure, tact, chaud, froid.

Profonde hyperesthésie névro-musculaire systématisée à tout le *côté droit*.

Tous les muscles et les nerfs du *côté droit* sont bien plus douloureux. Certains muscles, sterno-cléido-mastoidien, trapèze, grand pectoral, biceps, long supinateur, adducteurs de la cuisse, réveillent une douleur très vive à la pression.

Les os explorés au diapason montrent une *hyperesthésie osseuse* de tout le *côté droit*; pression de la moitié *droite* de la langue plus douloureuse qu'à gauche.

Sur le trajet du nerf intercostal *droit* il y a hyperesthésie très vive de la peau. De même la peau de l'abdomen à *droite* sur une largeur de paume de main un peu au-dessus de l'arcade crurale est très douloureuse. Les mouvements du membre inférieur *droit* sont plus lourds; moins de force qu'à gauche. En frôlant avec la pulpe du doigt la région abdominale *droite*, elle ressent des piqures d'épingle.

Le réflexe rotulien *droit* est très exagéré, de même le réflexe *achilléen*; réflexe au chatouillement plantaire très vif à *droite*.

Hyperesthésie du cuir chevelu en certains points à *droite*.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

20 janvier. — Même état qu'hier.

Hyperesthésie superficielle et profonde *droite*. La névralgie intercostale *droite* a diminué.

Depuis hier soir, souffre aux membres inférieurs, surtout à *droite*; cuisses et jambes, douleurs diffuses.

A gauche : douleurs à la jambe, plus légères.

Réflexe *rotulien droit* toujours exagéré.

Règles depuis hier, douleur à la région lombaire *droite*. Le rein abaissé à *droite*, est plus sensible qu'avant.

21 janvier. — Hier, céphalée diffuse sans prédominance d'un côté; douleurs continues; sensation de cercle enserrant la tête. Douleurs aux membres inférieurs, surtout cuisse et jambe *droites*; à gauche, douleurs plus légères; ne les ressent qu'à la jambe; il semble que ce sont les os qui soient le siège de ces douleurs.

La névralgie intercostale a diminué; les douleurs sont moins vives.

La malade souffre du *côté droit* du ventre au-dessus de l'arcade crurale.

Toucher vaginal. — Col utérin, assez volumineux, lèvres dures. Le cul-de-sac *droit* est très sensible; on sent une tuméfaction diffuse sur le *côté droit* de l'utérus (salpingite).

L'hémi-hyperesthésie *droite*, persiste avec ses mêmes caractères.

A la face. — La joue *droite* paraît un peu plus chaude que la gauche; de ce côté on sent nettement un cordon lymphatique sur le trajet de l'artère faciale, qui roule sous le doigt, douloureux

Il y a hyperesthésie des points nerveux à *droite*.

A l'abdomen. — Zone d'hyperesthésie superficielle. La pres-

sion sur cette zone détermine une vive réaction douloureuse. A ce niveau, l'hyperesthésie est encore plus vive que dans toute la région environnante elle-même hyperesthésiée par rapport au côté gauche.

Au cuir chevelu, il y a hyperesthésie à *droite*. La traction des cheveux est perçue comme des centaines de piqûres d'épingles.

22 janvier. — La névralgie intercostale diminue, elle est très légère maintenant.

Même état de la sensibilité.

L'œil *droit* est rouge, larmoyant un peu de conjonctivite; pas de traumatisme de l'œil, s'est réveillée ce matin ainsi.

Le réflexe rotulien *droit* est encore très marqué.

23 janvier. — Apparition de sensations subjectives d'hyperesthésie à *droite* au cuir chevelu.

La sensibilité du *côté droit* tend à s'exagérer.

La malade tousse un peu.

25 janvier. — La douleur thoracique *droite* est revenue. Ce n'est plus un point, c'est dans une zone assez diffuse que la malade souffre.

En appliquant l'oreille sur la région pour l'ausculter, la malade crie que nous lui faisons très mal.

L'exaltation sensitive de tout le côté *droit* est encore très accentuée.

La pupille *droite* est un peu plus dilatée que la gauche, la malade étant en face d'une fenêtre.

Il paraît y avoir hyperthermie de la joue *droite*, de la région thoracique *droite* et à l'abdomen à *droite*. Il existe toujours là une zone d'hyperesthésie subjective.

Aux membres inférieurs, exagération du réflexe *rotulien droit* et du chatouillement *plantair droit*.

Pas de différence de la température.

27 janvier. — Douleurs un peu moins vives; mêmes phénomènes pour la sensibilité.

5 février. — Depuis hier, douleurs au *côté droit* du ventre au-dessous du foie. La pression y réveille une vive sensibilité de son *rein droit* abaissé. Exagération ou réflexe rotulien *droit*.

9 février. — Recrudescence de la toux, surtout la nuit, léger enrrouement.

Depuis ce matin, douleur subjective, sous le sein *gauche*, zone où la pression du doigt est entièrement douloureuse.

La pression dans la région correspondante est bien moins ressentie. Il y a à ce niveau une zone manifeste *d'hyperesthésie* à tous les modes.

La pression dans la région sous-maxillaire *gauche* est douloureuse.

Point cervical *gauche* très vif. *A droite*, il y a hyperesthésie musculaire et nerveuse, mais elle est bien moins vive que les jours précédents.

12 février. — La toux tend à se calmer; râles moins nombreux à l'auscultation.

Hier, douleur névralgique, *côté gauche* de la tête, région temporo-pariétale.

La douleur mammaire *gauche* subjective et objective aussi vive.

La malade a ses règles, sensibilité à son *rein droit*.

13 février. — Cette nuit, douleur à la mâchoire supérieure et inférieure *gauches*, élancements vifs.

La douleur sous-mammaire *gauche*, s'est déplacée, elle siège plus haut; elle est toujours vive, surtout à la pression profonde. La pression profonde *à droite* à la région correspondante est bien moins ressentie.

15 février. — Erythrose de la joue *gauche*, qui est légèrement tuméfiée. Pression aux points d'émergence faciaux *à gauche* plus douloureuse qu'à droite, où ils sont également un peu sensibles.

Joue *gauche* plus chaude.

Cordon lymphatique pré-manétérin et ganglion lui faisant suite, sensibles à la pression à *gauche*.

La canine supérieure *gauche* cariée est douloureuse spontanément ; douleur légère et supportable.

A la mâchoire inférieure, première grosse molaire *gauche* également cariée et sensible. L'exploration au stylet réveille des douleurs très vives ; les muscles du côté *gauche*, trapèze, sterno-cléido-mastoidien, grand pectoral sont douloureux à *gauche*.

Au moment de l'examen, la vue des instruments, les préparatifs de l'exploration font naître un violent choc moral ; la malade se défend avec énergie, elle déclare qu'elle s'en ira. En même temps, *sa joue gauche* devient le siège d'une rougeur qui s'accroît d'une manière considérable.

L'hyperthermie acquiert alors une intensité très grande. La joue est brûlante, 5 ou 6 degrés de différence avec le côté droit ; tout cela est né avant l'exploration, et celle-ci qui a été faite après quelques instants de pourparlers, a été insignifiante ; elle a réveillé quelques douleurs assez vives, mais vite calmées.

17 février. — Hier à partir de 5 heures de l'après-midi, forte névralgie du côté *gauche* de la face surtout à l'angle interne de l'œil. Exaltation de la sensibilité faciale *gauche*, comparée à celle du côté droit, qui a très diminué.

L'hyperesthésie névro-musculaire du côté *droit* est peu vive.

Un peu d'érythrose à la joue *gauche*.

19 février. — La malade nous dit n'être pas allée à la selle depuis cinq jours ; hier elle a eu une débâcle diarrhéique, avec vives douleurs au côté *droit* du ventre. La pression du flanc *droit* et de la fosse iliaque *droite* est très douloureuse.

L'hyperesthésie faciale *gauche* est moins vive qu'hier.

20 février. — Cette nuit la première molaire inférieure *gauche* a été le siège de douleurs. Ce matin on voit une érythrose et une hyperthermie de la joue *gauche* : sensation subjective de chaleur à *gauche*.

21 février. — Apparition d'un groupe de vésicules d'herpès

à la région mentonnière *gauche*. La malade sort trois jours après.

OBSERVATION 63

Ulcère de l'estomac ; crises douloureuses. Hyperesthésie profonde *gauche*. Hypoesthésie superficielle *gauche*. Névralgie dentaire *droite*. TRANSFERT de l'hyperesthésie profonde et superficielle à *droite*.

M^{lle} P..., Anaïs, 21 ans, domestique, entre le 20 juillet 1903, salle Rostan, lit n° 20, service du D^r Jacquet, à l'hôpital Saint-Antoine ; se plaint d'une maladie d'estomac.

Antécédents héréditaires. — le père est mort subitement ; la mère souffre des jambes.

Antécédents personnels. — Rougeole à 4 ans. Réglée à 15 ans ; régulièrement, voit toutes les trois semaines.

C'est à l'âge de 13 ans qu'ont commencé ses douleurs à l'estomac. Les douleurs qui survenaient par crises, ont peu à peu cédé à un traitement institué ; mais elles reprennent à 16 ans. Cette fois, les crises sont plus fréquentes et plus douloureuses depuis deux ans et elles surviennent tous les jours.

État actuel. — Depuis huit jours les douleurs d'estomac ont un caractère tel que la malade est obligée de cesser son travail et d'entrer à l'hôpital. Ce sont des sensations de brûlure, de rongement, parfois c'est un point comme « un clou enfoncé dans l'estomac », dit la malade.

Ces douleurs surviennent surtout après l'ingestion des aliments ; dans l'intervalle, elles persistent moins vives.

A l'heure des crises, chaque mouvement, l'inspiration même les exagère.

De temps en temps renvois acides qui brûlent la gorge.

Les vomissements sont très rares ; il n'y a jamais eu ni hématemèse, ni méléna.

Examen. — Le facies est pâle, les conjonctives et les lèvres sont un peu décolorées. Langue blanche, saburrale. Ventre un peu ballonné. Constipation habituelle. A la pression de l'épigastre on réveille une douleur extrêmement vive avec irradiation vers le rebord des fausses côtes *gauches*.

Les autres viscères: cœur, foie, poumons, etc., paraissent normaux.

Le pouls est à 117.

Température : 38° le soir.

Température : 38°3 le matin.

Système nerveux. — La malade est très nerveuse, souvent agitée la nuit; pleure souvent sans raison, est vivement irritable.

SENSIBILITÉ. — *Superficielle.* *Hypoesthésie de tout le côté gauche.* A droite, les sensations produites par le tact, la piqure, le chaud, le froid sont mieux perçues qu'à gauche.

Profonde. — *Hyperesthésie neuro-musculaire du côté gauche à droite hypoesthésie.*

La région de l'estomac est le siège d'une zone *d'hyperesthésie cutanée très vive* de forme triangulaire à base médiane. Là, le moindre frôlement, avec la pulpe du doigt ou avec un pinceau est très vivement ressenti.

On institue le traitement habituel de l'ulcère de l'estomac. Régime lacté ; repos ; alcalins.

Il se produit peu à peu une amélioration ; les douleurs sont encore vives mais moins qu'à l'entrée. Pendant plusieurs jours la sensibilité explorée montre qu'il se produit une atténuation légère des troubles sensitifs.

6 août. — Hier soir la malade a eu une névralgie *dentaire droite* ; a souffert toute la nuit. Souffre encore ce matin. La malade nous raconte que ce matin à 6 heures éruption générale *d'urticaire* nous en voyons encore quelques papules prêtes à s'éteindre, elles sont beaucoup plus nombreuses du côté *droit*.

Les douleurs de l'estomac sont très atténuées.

7 août. — Les douleurs stomacales sont de moins en moins vives. La zone d'hyperesthésie épigastrique n'existe presque plus. Hier soir, de nouveau, éruption d'éléments urticariens, douleurs dentaires à *droite*.

Nous constatons; à notre surprise, qu'il y a hyperesthésie profonde du côté *droit*.

10 août. — Disparition presque complète des sensations subjectives à l'estomac; sensibilité objective légère à la région épigastrique.

Douleurs dentaires, moins vives. Il n'y a plus d'éruption urticarienne.

Le 19 août. — La malade sort de l'hôpital très améliorée. Douleurs stomacales très légères, zone épigastrique légèrement douloureuse.

L'hyperesthésie superficielle et *profonde droites* existent encore mais semblent diminuées. La malade ne veut pas se laisser soigner sa dent malade, elle est encore douloureuse, sort de l'hôpital.

OBSERVATION 64

Fièvre typhoïde à forme adynamique. Exaltation de la sensibilité superficielle, profonde des membres inférieurs. Exaltation des réflexes rotuliens. Légère trépidation épileptoïde.

X..., âgé de 22 ans, entre à l'hôpital, Saint-Antoine, le 31 octobre 1903, salle Aran, service du Dr Jacquet.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père et mère vivants, bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 2 ans, n'est à Paris que depuis six mois et demi.

Actuellement. — A commencé à être malade il y a une dizaine de jours. Sensation de fatigue générale, courbature aux membres, céphalalgie très vive occipitale. Insomnie, n'a pas saigné du nez.

Le malade est dans le décubitus, aspect très abattu. Paupières mi-closes, les relève avec peine; les lèvres sont fuligineuses.

Langue humide, mais saburrale.

Appétit nul; pas de douleurs stomacales, de temps en temps nausées, pas de vomissements.

Le malade a eu, les deux derniers jours une diarrhée jaune, quatre fois par jour. Depuis hier soir n'est pas allé à la selle.

Ventre. — Un peu ballonné, nous ne voyons pas de taches rosées. Ala pression, sensibilité et gargouillements dans la fosse iliaque droite.

La rate ne paraît pas être plus volumineuse que normalement.

Foie. — Normal.

Respiration. — Toux légère sans expectoration. A l'examen quelques ronchus légers.

Température : 39°9. Pouls à 125, bien frappé, dicrote.

Cœur. — Bruits bien frappés, rapides, pas de bruit orificiel.

Système nerveux. — La céphalalgie est encore très vive au point d'empêcher le sommeil, céphalalgie, surtout frontale et sus-orbitaire. Les conjonctives sont un peu injectées; les pupilles égales réagissent bien à la lumière et l'accommodation.

Stupeur très marquée.

Sensibilité superficielle. — Paraît être normale à la partie supérieure du corps, à la partie inférieure le simple attouchement, ou le pincement léger provoque un ébranlement général du membre excité.

Aux membres inférieurs, il y a *hyperesthésie profonde* aux muscles de la cuisse et de la jambe ; ébranlement qui se transmet au côté opposé.

Les nerfs, crural, sciatique, sciatique poplité externe sont douloureux des deux côtés.

Réflexes. — Les réflexes rotuliens sont très exagérés ; achilléens *idem*.

Trépidation épileptoïde légère des deux pieds.

Le pincement de la peau est très vivement ressenti.

La température des deux membres paraît égale elle est plus élevée qu'aux membres supérieurs.

Réflexe pileaire, vaso-moteur le même des deux côtés. Aux membres supérieurs, tous les modes de sensibilité sont normaux

1^{er} novembre. — Malade très abattu, couché en chien de fusil céphalalgie encore marquée. Température : 40°5. Pouls : 120 dicrote ; mêmes symptômes qu'hier.

Réflexes rotuliens, exagérés, hyperesthésie osseuse des membres inférieurs.

Hyperesthésie musculaire aux membres inférieurs, un peu de trépidation épileptoïde.

2 novembre. — Quelques taches rosées sur le ventre ; abattement général ; céphalalgie ; pas de diarrhée.

Température : 40°1. Pouls : 120, les mêmes symptômes n'ont pas varié.

3 novembre. — L'abattement semble un peu moins marqué. Température moins vive 38°5. La céphalalgie a beaucoup diminué. Un saignement de nez. Pouls ; 125.

Hyperesthésie musculaire et nerveuse généralisée, on ne peut pas pincer légèrement une masse musculaire quelconque, sans déterminer une grimace douloureuse et un retrait brusque avec ébranlement de tout le corps.

Le pinceau promené superficiellement sur la peau est moins ressenti à *droite*.

4 novembre. — Le malade est beaucoup moins abattu, se réveille. Température descend : 38°2. Pouls ; 100. L'hyperesthésie musculaire persiste, mais beaucoup moins accentuée.

5 novembre. — Mieux de plus en plus sensible. L'hyperesthésie diminue.

Les jours suivants, le malade peut être considéré comme entré en convalescence. Apyrexie, crise urinaire, hyperesthésie de moins en moins marquée; elle disparaît bientôt. Le malade sort le 20 novembre, guéri.

OBSERVATION 65

Rhumatisme articulaire généralisé, puis fixation du rhumatisme à gauche (hémi-rhumatisme). Névralgie dentaire gauche hémi-hyperesthésie profonde gauche.

X..., entre 30 septembre 1903, à l'hôpital Saint-Antoine, service du Dr Jacquet, salle Aran, se plaignant de douleurs vives dans les articulations.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, 61 ans, très bien portant, n'a jamais été malade, pas buveur, pas nerveux, caractère calme.

Mère vivante, se porte bien, 53 ans. Pleurésie sèche il y a trois ans.

Trois sœurs, l'une d'elles est rhumatisante; plusieurs attaques; palpitation de cœur.

Deux autres sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Étant enfant, rougeole et scarlatine; depuis l'âge de cinq ans, maux de tête fréquents. C'est la première fois qu'il est atteint de douleurs articulaires.

Quinze jours avant le début de ses douleurs, mal de gorge. dysphagie, durée de trois jours; maladie a débuté par genou gauche, puis cheville gauche; gonflement de ces articulations; un peu de rougeur. Obligé de s'aliter. Entre alors à l'hôpital.

A son entrée on remarque.

Articulation du genou gauche tuméfiée, un peu rouge, épanchement léger, douleur vive à la pression et au moindre mouvement. A la cheville gauche, phénomènes moins accentués. Il n'y a pas d'autres articulations prises.

Il n'y a pas trace de chaudepisse ; pas d'écoulement, pas de suintement.

Température : 37° 8. Pouls : 96.

Appareil respiratoire normal ; pas d'épanchement, pas de râles.

Cœur. — Quelques palpitations. La pointe bat à sa place normale, en dedans du mamelon. Auscultation, bruits sourds surtout le premier, pas de frottement ni arythmie.

Urines. — Un peu foncées, léger nuage d'albumine.

Foie. — Paraît normal, facies anémique, quelques sueurs.

Les jours suivants les douleurs articulaires s'étendent à l'autre côté du corps.

Cheville droite, genou et épaule droites, poignet *droit*.

Le traitement institué : injections sous-cutanées de salycilate de soude selon la méthode de Bouchard, ont eu rapidement raison de ce phénomène qui ont disparu au bout d'une huitaine de jours.

A ce moment l'examen de la sensibilité profonde *musculaire et nerveuse* montre une *hyperesthésie générale*, avec une prédominance nette du côté *gauche*.

Actuellement, seules les articulations du genou et de la cheville *gauches* sont atteintes et douloureuses.

Sensibilité superficielle. — Le malade sent davantage le pinceau à *gauche* sur tout le côté sauf à la face externe de la jambe, face dorsale du pied, genou *gauche*, cuisse. Le pinceau promené sur le pli de l'aîne produit un *réflexe musculaire abdominal marqué*, il ne le produit pas du côté droit.

Sur le ventre, thorax, cou, face, il est senti plus à *gauche*. La sensibilité au froid, au chaud, paraît égale des deux côtés.

La piqure, est nettement plus ressentie à *gauche* qu'à droite dans toute la moitié inférieure du corps.

Au thorax, cou et à la face, mêmes sensations.

Profonde : Musculaire. — Sterno-cléido-mastoïdien, peaucier, trapèze, grand pectoral, biceps, triceps, long supinateur, premier interosseux, les muscles latéraux de l'abdomen, les adduc-

teurs de la cuisse, le grand droit antérieur, les muscles du mollet sont bien plus fortement douloureux à *gauche* qu'à droite.

Au dynamomètre (le sujet est droitier), on constate 25 à droite, 28 à gauche.

Sensibilité nerveuse. — Les branches du trijumeau sont plus sensibles à *gauche*.

Le plexus brachial au creux sus-claviculaire, à l'aisselle, le médian, le cubital sont plus douloureux à *gauche*.

Le pneumogastrique, le phrénique en haut entre les deux chefs du sterno-cleido-mastoïdien, en bas sur le rebord des fausses côtes sont plus vifs à *gauche*.

Le crural au pli de l'aîne, le nerf grand sciatique, le nerf sciatique poplité externe, sont beaucoup plus sensibles à *gauche* qu'à droite.

Le réflexe rotulien est nettement plus exagéré à *gauche*.

De même pour le réflexe crémasterien.

La sensibilité du testicule *gauche* est plus vive que celle du droit.

Les pupilles sont normales des deux côtés. Les dents du côté droit sont saines; une deuxième incisive inférieure *gauche* très cariée a été, à plusieurs reprises, depuis un mois le point de départ de névralgies très douloureuses.

OBSERVATION 66

Pelvi-péritonite. Salpingite aiguë *gauche*. Hyperesthésie superficielle et profonde du même côté. Pupille *gauche* dilatée. Hyperesthésie osseuse.

X... âgée, de 37 ans, entre le 2 janvier 1904, salle Rostan, service du Dr Jacquet se plaignant de douleurs très vives dans le bas-ventre surtout à *gauche*.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, trois

sœurs en bonne santé; une sœur morte de tuberculose pulmonaire, a eu sept enfants dont six sont morts tuberculeux, un seul est vivant.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, réglée à 17 ans après son mariage; à 18 ans, pertes blanches, jaunâtres qui durent deux ou trois ans, à ce moment elle consulte un médecin qui lui trouve une tumeur ? à gauche dans le ventre.

État actuel. — Il y a huit jours après ses règles et après un surmenage excessif auprès de son mari malade, elle ressent des douleurs à la région lombaire *gauche*.

Samedi dernier, le 1^{er} janvier à 5 heures du matin les douleurs deviennent excessivement vives dans la région lombaire, au bas-ventre à *gauche*, toute la cuisse et la jambe *gauche* sont pesantes, endolories. Piqûre de morphine qui la calme, puis les douleurs reprennent très vives, elle entre à l'hôpital.

Les douleurs sont vives, surviennent par crises, piqûre d'aiguille, souffre dans le membre inférieur *gauche*. Ne peut pas uriner seule; on la sonde.

Douleurs coccygiennes; douleurs expulsives comme si « elle accouchait », dit elle, à la pression du bas-ventre on constate une tuméfaction, un plastron abdominal qui couvre la région inférieure *gauche* de l'abdomen, touchant à ligne médiane. Pression très douloureuse.

Au toucher, utérus sensible, paraît un peu augmenté de volume. Empatement diffus du cul-de-sac à *gauche*, salpingite, grosse mandarine, très vivement douloureuse.

Les autres appareils sont normaux.

Sensibilité : Superficielle. — Hyperesthésie superficielle *gauche*, hyperesthésie profonde, musculaire et nerveuse *gauche*.

Douleurs spontanées à la cuisse, face antérieure et à la jambe *gauche*, sensation de lourdeur, de gêne de ce membre, à droite la sensibilité paraît un peu émoussée.

La pupille *gauche* est largement dilatée, comme si, on y avait

mis de l'atropine; elle réagit faiblement à la lumière et l'accommodation.

La *droite* est dilatée aussi mais moitié moins que la *gauche*.

La température du membre inférieur *gauche* est plus élevée, que celle des points correspondants de la droite.

Hyperesthésie osseuse (méthode d'Egger) cuisse tibia, bassin, os du tarse des deux côtés. Au membre supérieur rien.

Traitement. — Glace sur le ventre, lavement laudanisé.

5 janvier. — Température : 38°6. Crises douloureuses très violentes. Hyperesthésie reste la même, la pupille reste dilatée à gauche.

6 janvier. — La malade va un peu mieux, les douleurs sont plus supportables ; l'hyperesthésie est encore vive.

Les jours suivants les phénomènes douloureux s'apaisent ; l'hyperesthésie subit peu de modification.

Le 22 janvier. — la malade sort. A ce moment, les muscles du côté *gauche* sont encore sensibles à la pression, moins qu'au début, les nerfs également.

La pupille *gauche* reste encore dilatée.

OBSERVATION 67

Prurigo diathésique datant de l'enfance, prurit très violent, poussées papuleuses nombreuses. Complications inflammatoires dues au grattage (lymphangite cutanée et adénites inguinales). Disparition complète du prurit. Sa réapparition progressive au taux primitif, après, guérison des phénomènes inflammatoires.

X..., 20 ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Du Castel, pour une éruption généralisée à tout le corps.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, ébéniste, de caractère assez violent, ne fais pas d'excès alcooliques.

La mère est dans un asile d'aliénés, folle depuis trois ans.

Père et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie grave. A 8 ans, a eu une éruption à la peau très démangeante, qui a duré trois à quatre mois, puis a disparu, est revenue depuis à plusieurs reprises, avec les mêmes caractères que l'éruption actuelle.

État actuel. — L'éruption pour laquelle il entre à l'hôpital a débuté il y a trois semaines. D'abord sur l'abdomen, le thorax, puis s'est peu à peu étendue au reste du corps. Prurit très vif.

Actuellement l'éruption est généralisée à tout le corps, sauf à la face où on ne voit que quelques éléments éruptifs. Ce sont des éléments légèrement surélevés, rouges, arrondis, séparés les uns des autres. Un grand nombre d'entre eux sont recouverts d'une croûte. D'autres sont suintants et portent des traces récentes de grattage.

La peau est lichénifiée en certains endroits, surtout aux fesses, aux jambes. Le prurit est très vif, surtout la nuit. Le matin à la visite on voit des points où la peau est labourée d'excoriations longitudinales.

Diagnostic. — Prurigo diathésique. Traitement : Pommade tartrique, douches tièdes.

Les lésions subissent des oscillations allant mieux un jour, s'aggravant l'autre. Nombreuses poussées au cours de son séjour.

Infection de la peau aux jambes. Pyodermie cutanée, phlycthènes purulentes.

Des placards de lymphangite courent le long des deux jambes, la face antérieure des cuisses et parviennent aux ganglions de l'aîne qui augmentent de volume, surtout à droite où l'un d'eux acquiert en peu de jours les dimensions d'une noix.

Les douleurs sont vives. L'impotence fonctionnelle relative.

Chose remarquable le *prurit a complètement disparu*, depuis l'apparition de ces accidents infectieux. Il n'y a plus de démangeaisons ; la nuit se passe nous dit le malade sans qu'il soit sollicité une seule fois à se gratter. Les poussées éruptives se

sont arrêtées, les papules s'affaissent et guérissent peu à peu
Pansements humides sur ses deux jambes.

Au bout d'une douzaine de jours l'adénite inguinale droite va mieux. La lymphangite guérit peu à peu.

Le prurit réapparaît. — Il commence d'abord à être minimum, puis va s'exaltant jusqu'à atteindre son taux primitif. A la sortie du malade, le prurit est amélioré, à la suite de purgations répétées, régime lacté, alcalins, mais il persiste.

Les lésions infectieuses des deux jambes sont complètement guéries.

OBSERVATION 68

Diabète sucré. Douleurs spontanées de tout le côté gauche, cachant une hyperesthésie névro-musculaire gauche totale. Ancienne paralysie faciale gauche.

Femme âgée de 55 ans que nous voyons pour la première fois le 22 décembre 1905. Elle est venue à la consultation de l'hôpital Beaujon pour des douleurs qu'elle localise *nettement* dans son côté *gauche* ; tous ses antécédents héréditaires n'ont rien de particulier.

Elle a toujours eu une bonne santé, jamais de maladie qui l'ait obligée à garder le lit. Nerveuse, impressionnable à l'excès. Au moment où nous l'interrogeons, elle est prise brusquement de spasmes respiratoires, et éclate bruyamment en sanglots.

Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Il y a quatre ans une paralysie faciale *gauche* qui a duré un mois et qui a complètement guéri à la suite. Il n'en reste pas trace aujourd'hui. Elle est venue pour la première fois à la consultation de l'hôpital Beaujon, il y a huit jours pour ses douleurs. On examine ses urines on y découvre du sucre.

Femme non amaigrie, florissante, répond nettement à nos questions.

Sensibilité musculaire. — *Hyperesthésie très nette*, très marquée des muscles de tout le côté *gauche*, cela est surtout net pour le tronc, l'abdomen, le membre supérieur et la nuque.

La sensibilité superficielle est égale des deux côtés; sent aussi bien à droite et à gauche à tous les modes.

A la face il y a un peu *d'hypoesthésie cutanée gauche*.

Sensibilité nerveuse. — Tous les troncs nerveux *gauches* sont douloureux à la pression superficielle.

La malade dit que son côté *gauche* est plus faible que le droit.

Réflexe rotulien *gauche* complètement absent, existe à droite normal. La pupille *gauche* est légèrement rétrécie, elle réagit comme la droite à la lumière et l'accommodation. Il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Acuité normale et égale des deux côtés; aucun trouble de l'audition.

Sensibilité objective. — Se plaint de douleurs, tension, gêne, poids dans le membre supérieur, épaule, bras et avant-bras *gauches*. Au cuir chevelu, mal aux cheveux à rebrousse-pois, qui détermine des piqûres.

Au membre inférieur *gauche* qui est variqueux, douleurs, élancements.

Marche mal, comme si elle boitait, à cause de ses douleurs et parce que son côté *gauche* est plus faible, elle l'a senti. On s'en rend compte en l'explorant. Les autres organes paraissent sains.

OBSERVATION 69

A ppendicite. Hyperesthésie profonde du côté *droit*. Sensibilité superficielle égale des deux côtés. Zone d'hyperesthésie dans le flanc *droit*.

M^{me} X..., entre à l'hôpital Saint-Antoine, service du D^r Jacquet, salle Aran, le 29 janvier 1906.

Se plaint d'une douleur vive à la fosse iliaque droite.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Elle appartient à une famille nombreuse où la léthalité a été très grande. Trois frères morts en bas âge de convulsions. Une sœur très nerveuse, crises fréquentes.

Elle n'a jamais eu de maladies sérieuses, son système nerveux a été mis à l'épreuve violemment à la suite de chagrins et de contrariétés.

Elle a accouché à terme il y a trois semaines. Les suites de couches ont été normales. Pas de souffrances, pas de fièvre. Elle sort de l'hôpital en très bon état.

Un soir elle est prise, après une période de plusieurs jours de constipation, d'une douleur dans la fosse iliaque *droite*, d'abord supportable, puis de plus en plus vive : nausées mais pas de vomissements.

Elle entre à l'hôpital.

A l'examen on porte le diagnostic d'appendicite, il n'y a pas d'empâtement le pouls est un peu rapide, 90°. Température : 37°,8.

La douleur spontanée est vive et bien localisée au point de Max Burney. Les jours suivants elle se calme et remonte vers le flanc *droit* et le côté.

Actuellement 3 février, pas de fièvre. Pouls : 72. État général très bon. La douleur à la fosse iliaque est très modérée. Par contre tout le flanc droit est le siège d'une douleur spontanée, gêne, tension qu'on exagère par la palpation et la pression.

Sensibilité : superficielle. — La sensibilité cutanée paraît égale des deux côtés, sauf dans le flanc *droit*, depuis la colonne vertébrale jusqu'au sein où le tact, la piquûre sont perçus plus vivement à *droite*.

La pression à l'origine du cinquième nerf intercostal *droit* est très douloureuse.

Pas aux autres points d'émergence profonde. Tous les mus-

cles du *côté droit* sont fortement douloureux au pincement. Au membre inférieur *droit* la différence est moins sensible. Les nerfs du *côté droit* sont également plus douloureux que ceux du côté gauche à la pression.

La pupille *droite* est très légèrement dilatée.

Il n'y a pas de différence dans le champ visuel.

Audition égale des deux côtés.

Le réflexe rotulien est le même des deux côtés.

Le réflexe abdominal est plus marqué du *côté droit*.

La pression du sein *droit* est bien plus douloureuse du *côté droit*. Le simple effleurement est plus ressenti de ce côté.

Le globe oculaire, la moitié de la langue sont plus sensibles à *droite*.

OBSERVATION 70

Hémorragie cérébrale probable. Hémiplégie *gauche* totale.

Hémi-anesthésie *gauche*. Hyperesthésie superficielle et profonde très vive du côté droit.

X..., 53 ans, entre dans le service de M. Troisier le 2 mars 1906 à l'hôpital Beaujon, atteint d'hémiplégie gauche.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pneumonie il y a cinq ans. Aucune autre maladie. Sa femme que nous interrogeons nous raconte que le malade est fort buveur, très impressionnable.

État actuel. — Le malade est dans le décubitus dorsal; tête tournée à droite, de même les yeux. Répond facilement à toutes nos questions.

Hémiplégie complète du côté *gauche*.

Il y a anesthésie complète de tout le côté *gauche*.

Par contre, il y a hyperesthésie très vive; au contact, à la douleur, au chaud, au froid de tout le côté *droit* non para-

lysé; le frôlement simple de la peau est très vivement ressenti. Le pincement détermine une grimace douloureuse et un retrait général de tout ce côté *droit*. En même temps, mouvements du bras, de la main, de la jambe, de la face du même côté, réflexe rotulien *droit* très exagéré. Le pincement des muscles de tout le côté *droit* est extrêmement douloureux, les nerfs phrénique, crural *droits*, sont très douloureux.

Pas de différence de température; pas de signes pupillaires.

Le lendemain, état général moins bon; le malade sent mieux du côté gauche.

A droite, l'hyperesthésie est un peu moins vive.

Le malade meurt un jour après dans le coma.

OBSERVATION 71

Prurit cutané unilatéral consécutif à une embolie cérébrale (1).

Une femme âgée de 36 ans a une attaque d'apoplexie avec hémiplegie gauche totale. Anesthésie du *côté gauche*, *hyperesthésie à droite*, sensibilité à la température abolie, absence du réflexe patellaire. Cette malade se plaint d'un prurit intense persistant jour et nuit et rigoureusement limité au *côté gauche* paralysé; abolition complète de la fonction sudorale du côté paralysé.

Enfin diminution considérable de la température locale; « elle éprouve une véritable frayeur quand sa jambe droite vient à toucher la gauche, tant cette dernière lui paraît froide. »

Le frottement ou la pression provoquée avec l'ongle détermine le phénomène de l'urticaire (dermographisme). Ce dernier est notablement plus marqué du côté sain que du côté paralysé.

1. KOERNER. In *Annales de dermatologie et de syphilis*, 1885, page 546.

OBSERVATION 72

Hyperesthésie névro-musculaire partielle droite. Tuberculose au premier degré au sommet droit.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte. Un frère en bonne santé, trois sont morts.

Antécédents personnels. — Jamais malade quoique de faible constitution.

Buvait 1 litre de vin, 4 apéritifs par jour, 2 ou 3 petits verres d'alcool.

État variqueux des jambes.

Il y a trois ans, le malade fut pris à la jambe gauche au niveau du mollet, d'abcès qui laissèrent une fistule après leur guérison. Il y a un an et demi reprise au niveau de la malléole interne, en arrière d'elle ; le nouvel abcès communique avec l'ancienne fistule ; le malade subit un curettage des parties malades ; il s'agissait sans doute de synovites fongueuses. Injections de teinture d'iode ; il y a huit ou neuf mois, rechute du côté externe de la jambe en haut et en arrière de la malléole externe. Incision, poudre iodoformée. Depuis deux mois il s'est fait un processus cicatriciel qui n'est pas achevé ; il y a encore de la suppuration.

Le malade avait de la fièvre, de grandes douleurs. Il y a cinq mois, un abcès presque indolore se forme au tiers supérieur en avant de la jambe droite ; incision, drainage ; l'abcès est guéri depuis un mois, mais laisse un trajet fistuleux ; à ce niveau, la peau est adhérente aux plans sous-jacents, collés à l'os ; il s'agit d'une ostéomyélite du plan tibial. L'os est douloureux au toucher, douleurs lancinantes nocturnes.

Il y a deux mois, le pouce gauche devient douloureux, rouge depuis huit jours, la suppuration s'établit sous l'ongle ; la douleur siège à la base de la dernière phalange. A la fin de l'année der-

nière, le malade a beaucoup maigri, il avait des sueurs nocturnes.

Examen. — Auscultation : Poumons sensiblement normaux à l'auscultation, bien qu'il y ait peut-être une altération légère de la sonorité au sommet *droit* (fosse sus-épineuse). La main appliquée sur le thorax perçoit très nettement une augmentation des vibrations respiratoires du *côté droit*.

Examen des muscles. — Peaucier et sterno-cléido-mastoïdien, pectoral, trapèze, biceps plus douloureux à *droite*. Paroi latérale abdominale, quadriceps et adducteurs à *droite*.

Examen des nerfs. — Facial, crural, sciatique, plus douloureux à *droite* les autres également sensibles.

La sensibilité au toucher semble être la même des deux côtés,

Cœur : bon, le malade urine bien, peu d'appétit mais bonne digestion, constipation opiniâtre.

OBSERVATION 73

Hyperesthésie névro-musculaire généralisée à prédominance *droite*, chez un tuberculeux pulmonaire.

Jean S... 48 ans, garçon marchand de vins, entre à l'hôpital Saint-Louis Barraques, le 29 février 1899.

Ce malade ne présente aucun antécédent héréditaire. Il a dû être très vigoureux.

A 17 ans, eut un érysipèle.

A 18 ans, commence à boire, il fait tous les métiers, tour à tour garçon d'hôtel, laveur de voitures, garçon marchand de vins etc..., boit 3 à 4 litres de vin par jour, 5 à 6 absinthes, 6 à 7 petits verres de rhum.

A 42 ans, bronchite, puis gastrite, perd l'appétit.

En octobre dernier, toussé, maigrit a des sueurs la nuit, les forces diminuent rapidement.

Le 17 février. — S'alite.

Le 20. — Entre à l'hôpital.

Toux fréquente. Expectoration purulente.

Aux sommets droit et gauche matité, vibrations thoraciques augmentées. A *droite*, gargouillements et souffle cavitaires.

A *gauche*, infiltration limitée.

État général, mauvais, pas d'appétit ; diarrhée.

On constate à l'exploration, une hyperesthésie névro-musculaire généralisée,

Le pincement du trapèze, sterno-cléido-mastoïdien, quadriceps fémoral, triceps sural est très douloureux des deux côtés ; prédominance à *droite*.

Il en est de même pour les nerfs dont la pression est généralement douloureuse, mais davantage à *droite*.

La sensibilité cutanée est normale.

CONCLUSIONS

1° L'hyperesthésie, ou excès de la sensibilité organique, est parfois généralisée, plus souvent encore partielle et *systématisée*.

2° Elle affecte alors un groupe musculaire, un segment de membre, un membre, deux membres homologues, enfin, et c'est la forme la plus remarquable, ou du moins la mieux étudiée, une *moitié* du corps, (hémihyperesthésie névro-musculaire).

3° Sous ces divers modes, elle peut être limitée à la peau, ou au contraire aux tissus profonds, ou enfin porter sur tous les tissus du segment envisagé.

4° L'excès sensitif s'accompagne fréquemment d'un ensemble remarquable de *troubles connexes*, fonctionnels, présentant la *même* systématisation. Ces troubles sont d'ordre vaso-moteur, thermique, contractile, trophique, pupillaire, etc...

5° Ces hyperesthésies systématisées et les troubles connexes, peuvent s'observer chez des hystériques *qualifiés*, mais s'observent très souvent aussi en dehors de l'hystérie proprement dite. Il semble qu'on puisse dans les deux cas, en donner une interprétation commune.

6° Leur cause *efficiente*, est l'action d'une irritation,

en général aiguë, qui exalte du côté où elle siège tout ou partie des propriétés de tissu ; plusieurs lésions irritatives homologues associent souvent d'ailleurs leur action ; d'autre part, une lésion plus récente ou plus aiguë *du côté opposé*, peut transférer à ce côté l'exaltation sensitive et certains troubles connexes, (transfert hyperesthésique).

7° Leur cause *adjuvante*, est le déséquilibre névropathique héréditaire et personnel. Cette condition chez les hystériques, est réalisée au plus haut degré, et bien propre à leur faire subir ces *accidents* avec plus d'intensité.

8° Suivant des modes chronologiques et topographiques variables, l'anesthésie accompagne l'hyperesthésie ou lui succède. Il semble qu'il y ait, tantôt *accaparement* sensitif d'un côté, et hypoesthésie de l'autre, tantôt épuisement sensitif et hypoesthésie consécutive de ce même côté.

Ces phénomènes peuvent être rapprochés de ceux qui forment la base de la *doctrine énergétique*.

9° Ces notions, déduites d'un ensemble important de faits, dus pour une grande part à M. Jacquet, se superposent en clinique expérimentale, à celles qu'a établis Brown-Séguard, par l'expérimentation animale.

Vu : le Président de la thèse,

ROGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD

ADDENDUM

Expériences de Brown-Séguar.

Nous donnons ici, résumées, *quelques-unes* des expériences de Brown-Séguar qui montrent les phénomènes divers et nombreux de dynamogénie ou d'inhibition, à la suite d'irritations unilatérales de la périphérie ou des centres. Nous les énumérons dans l'ordre chronologique. Nous terminerons par un petit résumé d'ensemble.

1° L'auteur montre une femelle de cobaye, chez laquelle la section du nerf sciatique du côté *gauche*, a eu pour conséquence une hypersécrétion de la mamelle du même côté : le sein est augmenté de volume. Du côté *droit* diminution de volume de la glande-sécrétion lactée diminuée.

Comptes rendus de la Société de Biologie, 1869, page 319.

2° Brown Séguar communique une note dans laquelle il dit avoir constaté un grand nombre de fois la dilatation pupillaire après section du sciatique du même côté.

Comptes rendus de la Société de Biologie, 1869, page 121.

3° Des phénomènes unilatéraux, inhibitoires et dynamogéniques dus à une irritation cutanée par le chloroforme.

a). — Au voisinage du point d'application du chloroforme, contraction réflexe du peaucier, et divers autres muscles voisins, du même côté.

b). — Nystagmus correspondant au côté de l'application.

c). — Contracture musculaire.

d). — Convulsions des muscles de la face.

e). — Augmentation de l'excitabilité du diaphragme et du nerf phrénique du même côté ; diminution du côté opposé.

f). — Mêmes constatations pour les muscles et nerfs du côté de l'application.

4° Recherches expérimentales sur une nouvelle propriété du système nerveux.

Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1881, page 1517.

Dans de nombreuses expériences, consistant en excitations, irritation de portions limitées d'une moitié de l'encéphale, Brown-Séquard a constaté les mêmes phénomènes unilatéraux décrits plus haut.

5° Mêmes constatations à la suite de la section d'une moitié latérale de la moelle, lombaire ou dorsale.

Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1879, page 889.

6° Expériences montrant que l'anesthésie due à certaines lésions du centre cérébro-rachidien peut être remplacée par de l'hyperesthésie sous l'influence d'une autre lésion de ce centre.

Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1880, page 750.

7° Recherches sur les effets de l'élongation du nerf sciatique chez les animaux ayant une hémisection de la moelle épinière.

Chez un chien, la section de la moitié latérale *droite*, de la moelle à la dixième dorsale, produit de la paralysie et de l'hyperesthésie dans le membre postérieur *droit*, de l'anesthésie à un degré considérable au membre postérieur *gauche*. Après élongation du nerf sciatique *gauche*, presque immédiatement après, la sensibilité reparait à la patte *gauche*, augmente, et devient une vive hyperesthésie.

Bullet. de la Soc. de Biol., 1881, p. 1.

8° Recherches expérimentales et cliniques sur le mode de production de l'anesthésie dans les affections organiques de l'encéphale.

Brown-Séquard rappelle les faits cliniques de Remack, Dumontpallier, Vulpian, qui ont vu disparaître d'une manière soudaine ou très rapidement des anesthésies de cause organique, encéphalique.

Expérience : sur un mammifère on obtient une anesthésie du côté *gauche*, après section de la moitié latérale *droite* de l'encéphale, avec hyperesthésie des membres du côté *droit*. Si alors on coupe la moitié latérale de la moelle à la dixième dorsale, le membre postérieur *gauche* qui était anesthésique devient hyperesthésique, le postérieur *droit* d'hyperesthésique devient anesthésique. Il y a eu dans ce cas le même transfert que l'on observe dans l'hystérie.

Comptes rendus de la Soc. de Biol., 23 juin 1883.

9° Après section de la peau ou son irritation par du

chloroforme, ou un vésicatoire, on augmente notablement la sensibilité et l'excitabilité motrice de tous les nerfs des membres du même côté.

Société de Biolog., juillet 1884.

10° L'injection sous-cutanée d'acide prussique dans le creux axillaire, de digitaline, etc., détermine des phénomènes d'hyperexcitabilité sensitive, motrice et nerveuse du même côté dans les membres.

11° La section du sciatique produit des phénomènes analogues sur le membre correspondant.

12° Un froid intense, obtenu à l'aide du chlorure de méthyle appliqué à la peau du thorax produit souvent de la dynamogénie, c'est-à-dire de l'hyperesthésie des nerfs sciatiques et les muscles où ils se rendent, et à un moindre degré dans les nerfs et muscles brachiaux, de l'inhibition de l'autre côté.

13. Mêmes constatations quand ces irritants sont portés sur la muqueuse buccale, nasale, laryngée d'un côté.

Comptes rendus de la Société de Biologie, mars 1885, page 206.

14. Parmi les diverses régions du système nerveux, c'est le bulbe rachidien, ou la partie supérieure de la moelle cervicale, qui produisent le plus aisément quand on les irrite des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie.

15. Des phénomènes inhibitoires consécutifs à une irritation cutanée par le chloroforme :

Hémiplégie du côté correspondant avec hyperesthésie cutanée. Anesthésie du côté opposé.

Paralysie d'un des membres du côté correspondant, anesthésie d'un ou des deux membres du même côté.

Comptes rendus Acad. Sc., 1881, p. 1517.

10° Du transfert de l'anesthésie, de l'hyperesthésie, de la paralysie, de l'hypothermie, de l'hyperthermie, de la contracture, causé par des lésions organiques. L'anesthésie qui suit la section d'une moitié latérale de la base de l'encéphale (*la droite*, par exemple) peut être transférée du membre abdominal du côté opposé (*le gauche*) au membre abdominal du côté correspondant (*le droit*), si l'on vient à couper la moitié latérale *gauche* de la moelle. Si la lésion encéphalique, a produit de l'hyperesthésie à *droite*, la lésion médullaire peut la faire transférer de *droite* à *gauche*, de sorte qu'on peut voir l'anesthésie remplacer l'hyperesthésie.

Transfert de paralysie. — On fait sur un jeune chat, une section transversale de la totalité des fibres du pédoncule cérébral à sa partie supérieure à *droite*, et on observe une hémiplegie *gauche*. Je coupe alors la moitié *droite* de la protubérance, et je vois une hémiplegie survenir à *droite*, celle qui existait à *gauche* disparaissant complètement.

Transfert de contracture. — Le transfert de contracture se produit souvent à la suite d'irritations périphériques. Après avoir versé du chloral anhydre dans le conduit auditif externe *droit* d'un chien, le membre antérieur *droit* se contracture, je verse alors du chloral à *gauche*, et aussitôt la contracture du membre antérieur *droit* cesse, elle s'est portée au membre antérieur *gauche*.

Transfert d'hyperthermie et d'hypothermie.

Comptes rendus de la Société de Biologie, avril 1884.

En somme tous ces faits ont montré à Brown-Séquard que les irritations unilatérales du système nerveux

retentissent sur la sensibilité de la peau, des muscles, des nerfs, en produisant de la dynamogénie, ou dans certaines conditions de l'inhibition. Tous ces phénomènes ne peuvent être expliqués que par une influence purement dynamique exercée par les parties irritées sur les centres nerveux dont les propriétés se modifient en plus ou en moins suivant les cas.

Voir aussi les travaux d'ensemble suivants :

MALASSEZ. — Les recherches de Brown-Séquard, 17 juin 1882.

Gazette de médecine et de chirurgie.

BROWN-SÉQUARD. — Recherches expérimentales sur l'inhibition et la dynamogénie. *Gazette hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1882, n° 3, 4, 5, 6.

— *Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, 1886, page 793.

— *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1888.

— Articles Dynamogénie et Inhibition du *Dictionnaire Dechambre*.

